

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE N°

502

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Charles-Georges-Maurice SAINT-CYR

Interne de l'Hôpital de Corbeil

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris

Né le 5 février 1910 à Fort-de-France (Martinique).

L'Entérostomie

dans les Occlusions aiguës

de l'Intestin grêle

Travail du service du Dr. Charles Moncany,
de l'Hôpital de Corbeil.

Président : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

206

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Charles-Georges-Maurice SAINT-CYR

Interne de l'Hôpital de Corbeil

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris

Né le 5 février 1910 à Fort-de-France (Martinique).

L'Entérostomie

dans les Occlusions aiguës
de l'Intestin grêle

Travail du service du Dr. Charles Moncany,
de l'Hôpital de Corbeil.

Président : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTIN.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLE.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNI.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUI.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E) Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLJARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM-

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING.... Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHEL..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 TROISIER..... Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale
 BESANÇON.... Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DONZELOT Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 PASTEUR-VALLERY-RADOT Clinique médicale.
 SEZARY Clinique médicale.

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 BROcq Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU..... Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE..... Clinique obstétricale.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.
 FREY..... Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE LA PLUS CLAIRVOYANTE DES MÈRES

A MA GRAND'MÈRE

qui m'apprit à vouloir.

A MON PÈRE

tout droiture et bonté.

A TOUTES MES TANTES

qui furent pour moi autant de
mères.

A MA SŒUR

à l'infinie tendresse.

A MON ONCLE

Le Docteur Maurice SAINT-CYR
Chirurgien de l'Hôpital Civil de Fort-de-France

qui nous donna l'amour
tenace du métier.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT
Chirurgien de l'hôpital Bichat

Pour le grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur CHARLES MONCANY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Galignani de Corbeil
Chevalier de la Légion d'Honneur

Dont nous avons été l'interne,
qui nous a inspiré ce travail
et guidé de ses conseils.
Je dois tout.

A Monsieur le Docteur EDMOND PAPIN

Ancien Chef de Clinique de l'Hôpital Necker
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

Pour l'accueil si cordial qu'il
nous a réservé dans son service
d'urologie.

A Monsieur le Docteur EMILE GOIDIN

Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Joseph
Chirurgien-assistant de l'Hôpital de Corbeil

qui nous a initié à l'urologie.

A Monsieur le Docteur A. DELANOE

Médecin de l'Hôpital Galignani de Corbeil
Chevalier de la Légion d'Honneur

Dont nous avons été l'interne
et qui a bien voulu nous faire
profiter de son expérience.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

Monsieur PIERRE DELBET,
*Professeur Honoraire de Clinique Chirurgicale,
Chirurgien honoraire de l'Hôpital Cochin.*

Monsieur le Professeur Agrégé JACQUES LEVEUF
Chirurgien de l'Hôpital Bretonneau

Monsieur CHARLES ACHARD,
*Professeur Honoraire de Clinique Médicale,
Médecin Honoraire de l'Hôpital Cochin.*

Monsieur le Professeur PAUL HARVIER
Médecin de l'Hôpital Beaujon

Monsieur le Professeur Agrégé F.M. CADENAT,
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Monsieur MAURICE LÆPER
*Professeur de Clinique Médicale
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine*
Monsieur le Docteur H. GRENET,
Médecin de l'Hôpital Bretonneau

A MES MAITRES
DE L'INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE
DE PARIS

INTRODUCTION

*Le tragique de l'expérience
médicale est qu'elle ne s'acquiert
qu'au prix de vies humaines.*

L. P.

Au cours de cette étude, seules les occlusions aiguës de l'intestin grêle seront envisagées.

L'étude clinique sera volontairement laissée de côté, toutefois, nous préciserons au chapitre des indications les formes qui en semblent justiciables.

Après un court historique, ses indications, les différentes techniques proposées, les suites opératoires, ses avantages et ses inconvénients, ses résultats seront discutés.

Nous nous appuierons pour conclure sur une série d'observations toutes inédites, recueillies dans le service du Docteur Charles Moncany, de l'Hôpital de Corbeil.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le premier, en 1676, Paul Barbette, d'Amsterdam eut l'idée d'ouvrir l'abdomen, dans un cas d'invagination intestinale.

Quelques années après, l'anatomiste Nucke, dans de semblables circonstances, agit de même.

En 1772, Renault, dans de bonnes conditions, pratique l'entérostomie, dans un cas d'occlusion intestinale secondaire à une cure radicale de hernie étranglée. Trousseau, dans ses cliniques, en rapporte l'observation.

En 1818, Maunoury la préconise.

Bien que plusieurs chirurgiens français l'aient pratiquée, depuis, Laugier eut le grand mérite de la recommander après toute cure de hernie étranglée non suivie d'amélioration.

En 1844, Maisonneuve, l'utilise également pour des motifs analogues. « La guérison, conclut-il, fut rapide et parfaite ».

Mais, c'est Nelaton, qui, en 1858, lui donne droit de cité, en réglant la technique qui porte aujourd'hui son nom.

En 1894, Wirtzel décrit son procédé.

En 1910, Victor Bonney propose la jéjunostomie, au lieu de la classique entérostomie ; il est bientôt suivi, en 1913, par Hugh Mc Kenna.

Enfin, en 1925, Delore et ses collaborateurs publient un procédé, inspiré de la gastrostomie à la Fontan.

Depuis, de très nombreux travaux ont été publiés sur la question.

CHAPITRE II

LES INDICATIONS

Les indications de l'iléostomie sont nombreuses, si, comme nous le pensons, on la pratique toutes les fois que les accidents de toxémie sont marqués au cours des occlusions aiguës de l'intestin grêle.

Elle n'a pas la prétention d'agir sur la cause péritonéale ou sur l'obstacle. *Elle ne dispense pas de sa recherche toutes les fois que l'état général le permet.* Mayo est catégorique : « Je n'ai jamais perdu un malade, dit-il, à la suite d'une laparotomie tandis que j'en ai vu mourir beaucoup parce qu'on avait tardé à intervenir ».

La cause reconnue, elle n'empêche pas sa cure radicale. Désinvaginer un boudin d'invagination ou le réséquer s'il est mal nourri, réséquer une anse en voie de sphacèle, pratiquer de suite l'entéro-anastomose ou la réserver pour une date ultérieure, détordre un volvulus du grêle et fixer l'anse, libérer une anse

étranglée, enlever un calcul biliaire ou un peloton d'ascaris ou tel autre corps étranger.

Ainsi comprise, elle n'est pas aveugle.

Son but est l'évacuation du grêle dans tous les cas de toxémie par rétention afin de supprimer la stase, la distension et surtout la résorption avec toutes ses funestes conséquences.

La principale origine de tous les accidents est l'intoxication. Elle est cause de l'état général ; de l'hypotension, de l'accélération du pouls, de l'hypothermie.

Les physio-pathologistes nous enseignent que plus haute est l'occlusion, plus grave le pronostic, plus rapide et plus profonde l'intoxication. Le duodénum sécréterait des substances, résultant de la désintégration des protéines : protéoses, acides aminés... qui seraient des poisons actifs de l'occlusion intestinale (Pringle, Seiju, Sujeto, Roger). Pour Blanchetière et Binet, ce serait une petamine, dépourvue d'acides aminés cycliques et en particulier d'histamine.

W.D. Gatch, H.M. Trusler et K.D. Ayres pensent que cette substance protéolytique serait due à l'action des microbes de la putréfaction dans l'intestin occlus. Son absorption détermine une action analogue à celle de l'histamine. Cette absorption ne se fait pas par une muqueuse intestinale normale, car le contenu duodéno-jéjunal d'un être sain est tout aussi nocif

que celui d'un occlus, en injections intra-péritonéales, pour l'animal. Par la muqueuse lésée, les toxines entrent dans la circulation générale, provoquent les accidents que l'on sait.

Pringle réalise la surdistension par gonflement, d'une anse saine contenant du liquide d'occlusion. Des ruptures de muqueuses se produisent, l'auteur a vu apparaître, chez l'animal jusque là tolérant, des accidents de choc, soudain.

Or, il y a toujours au cours de l'occlusion aiguë, des lésions de la muqueuse intestinale.

Peu importe la voie d'absorption, qu'elle soit sanguine ou lymphatique ou les deux à la fois.

M. Williams, pense qu'il s'agit d'une intoxication due au passage dans la circulation de toxines du *B. Perfringens*. En adjoignant au traitement chirurgical, la sérothérapie spécifique, il aurait eu une amélioration nette du pronostic.

Roger et dernièrement J. Bottin ont insisté sur l'influence de la sécrétion externe du pancréas. Le liquide devient plus toxique après addition du suc pancréatique. J. Bottin, injecte du liquide d'occlusion dans le duodénum. La ligature des canaux pancréatiques, retarde la mort, sans l'empêcher. Pour lui, le facteur de gravité serait non la sécrétion, mais la perméabilité des canaux pancréatiques. Il a observé des lésions du parenchyme glandulaire identiques à

celles qui se trouvent dans la pancréatite hémorragique.

On voit donc, par ce court exposé, tout l'intérêt qu'il y a à débarrasser l'économie de toutes ces substances nocives.

Dans quelles circonstances cliniques est-on amené à pratiquer l'entérostomie ?

I. Elle peut être *primitive et isolée* :

a. Après *laparotomie*, avec recherche soigneuse ; aucun obstacle n'a été décelable et la péritonite constatée avec distension importante du grêle ne comporte pas de cause nécessitant un acte opératoire spécial. L'état général est sérieux, l'intoxication est marquée ;

b. L'état général est très alarmant ; le patient est vu tardivement ; il est difficile de faire un diagnostic de cause ; l'occlusion semble certaine. On a l'impression que le patient ne peut faire les frais d'une opération importante. *On est contraint au minimum*, on fait une simple et très rapide iléostomie, qui, seule, peut donner quelques chances de succès bien faibles.

II. Elle peut être *primitive mais complémentaire*.

a. On a recherché la cause, elle a été traitée. L'état général est assez altéré. C'est l'*entérostomie de sécurité*.

b. Au cours d'une intervention pour péritonite suppurée, appendicite tardive, ou suppuration pelvienne, on trouve des anses extrêmement distendues et friables tellement qu'elles se déchirent parfois spontanément. Adhérences et altérations des parois intes-

linales font craindre un mauvais transit. Péritonite et occlusion s'ajoutent.

L'ile ostomie aide alors l'organisme à lutter en lui enlevant un liquide toxique. *C'est l'entérostomie de décharge.*

III. Enfin, elle peut être *secondaire, généralement post-opératoire.*

a. Sans vouloir entrer dans une description clinique, nous croyons utile de situer cette forme d'occlusion qui se voit après intervention sur l'abdomen.

C'est généralement, le troisième jour, voire même le soir du deuxième que débute les accidents.

Les vomissements, qui avaient disparu, réapparaissent, à la moindre prise de liquide, prennent une allure inquiétante.

Le patient se sent le ventre tendu, avec douleurs abdominales, les gaz ne passent pas ; les traits sont tirés, la langue sèche, les urines rares, il est prostré, le ventre est météorisé ; le pouls rapide, l'état général grave, il ne « va pas ».

S'agit-il d'une infection péritonéale, d'une dilatation aiguë d'estomac ou d'occlusion intestinale ? Le diagnostic en est difficile. La péritonite aurait un début précoce, la dilatation se verrait vers le troisième jour ; les vomissements n'ont pas de caractères distinctifs. Dans la dilatation ils seraient plus abondants que la quantité de liquide prise, mais ils ne seraient

jamais fécaloïdes. Il ne faut pas attendre que le patient en arrive là.

Il y aurait arrêt des matières et des gaz, mais un lavement peut ramener quelques matières : « C'est un signe trompeur qui autorise la temporisation » (Fougerat).

La température s'élèverait dans la péritonite mais il y a une part d'infection dans cette occlusion du début, qui s'accompagne d'une légère élévation thermique.

Dans la dilatation d'estomac aiguë, le ballonnement se généralise rapidement, et l'état général s'altère aussi.

Le diagnostic est souvent impossible.

Tenter le traitement de la dilatation : lavage d'estomac, position gèneupectorale, mais il ne faut pas perdre un temps précieux à essayer l'effet de l'hypophyse, de la prostigmine, du sérum hypertonique.

Si l'amélioration n'est pas nette, il ne faut pas insister et réintervenir. Il faut se diriger sur le foyer opératoire si toutefois il ne s'agit pas d'une opération septique.

Peut-être y trouvera-t-on des adhérences ou l'orifice naturel ou accidentel en cause.

Mais, souvent on ne trouve rien ; il ne faut pas refermer mais terminer par une iléostomie.

Peu importe alors la cause de la rétention, soit

parésie et stase s'ajoutant dans l'iléus paralytique d'origine péritonitique, soit qu'il y ait obstacle, torsions, coudures, brides, adhérences ou agglutinations.

b. A côté de cette forme précoce immédiate, il en est une autre plus tardive, qui survient à la convalescence, entre le sixième et le huitième jour. Mondor en donne une saisissante description, citons :

« Le patient va d'une « manière exquise » (Hawkes) ;
« peut-être à y regarder de plus près, les progrès du
« malade ne seraient pas satisfaisants (Rayner) :
« un peu de ballonnement, des nausées, peu de gaz,
« pas de véritables selles, de mauvaises nuits, un peu
« de subictère ; mais bientôt ce ne sont plus des
« signes vagues, le ballonnement augmente, les vomis-
« sements sont nauséabonds ; l'arrêt des gaz est
« absolu. Pendant les crises douloureuses, le péric-
« tisme est bien visible, c'est le signe le plus grave
« (Lenormant). Encore un jour, et ce sont les vomisse-
« ments fécaloïdes, puis le collapsus ».

« Il ne faut plus hésiter, mais intervenir, réouvrir
« le ventre ».

Mathieu, à la Société de Chirurgie, en 1924, dit,
que dans ces cas :

« Les adhérences des anses grêles sont plus ou moins
« étendues, plus ou moins denses. La libération étendue
« complète de l'intestin n'est possible que si les adhé-
« rences sont assez lâches, mais avec une expérience

« suffisante de la chirurgie abdominale, on arrive à
« pousser très loin cette libération ; dans les cas
« difficiles, ce n'est pas sans hémorragies en nappes,
« sans danger d'infection, car pouvons-nous affirmer
« qu'il n'existe pas une certaine septicité de ces foyers
« de péritonite plastique ? Je crois que les réactions
« sérieuses que présentent les opérés traduisent, en
« partie, cette septicité. Dans des cas d'adhérences
« étendues pelviennes denses, il est impossible et il
« serait en tous cas dangereux de pousser trop loin
« la libération ».

L'auteur conclut à l'efficacité dans ces cas de l'entérostomie.

c. Elle peut être fort utile, quand, après une levée d'obstacle, on voit s'installer des accidents de choc, dans les suites opératoires.

Nous fûmes assez heureux une fois, pour sauver notre patient, en ajoutant l'iléostomie au traitement médical.

C'est dans ce cas, nous a-t-il semblé, la meilleure thérapeutique. N'oublions pas, en effet, que l'anse sous-jacente à l'obstacle a gardé intact son pouvoir d'absorption fortement ralenti au-dessus ; on conçoit la résorption massive qui se produit à ce niveau.

Les vétérinaires et les expérimentateurs le confirment, 70 cc de liquide d'occlusion suffiraient à tuer un homme de poids moyen ; or, couramment, on en

enlève des centaines de centimètres cubes au cours des interventions pour occlusion.

Guillaume, dans son livre, rapporte une saisissante observation, où dit-il, il avait eu l'impression très nette que « l'opération (simple levée de brides) *avait poussé sa malade dans la tombe*, comme si l'organisme de la patiente jusque là en équilibre avait été soudainement déséquilibré par une *intoxication massive*.

MM. Mocquot et Padovani rapportent des cas semblables.

L'entérostomie constitue, dans ce cas, un drainage temporaire indispensable.

C'est à tort que l'on oppose l'entérostomie à l'entéro-anastomose ; ce ne sont que cas d'espèces, et ces deux opérations ont des indications bien distinctes.

Sans doute, opération peu élégante, mais elle permet de sauver à peu de frais des existences et d'obtenir des délais et un état meilleur pour une réparation secondaire plus importante.

Enfant pauvre de la chirurgie, elle est délaissée, il pèse sur elle un lourd préjugé, une hérédité chargée. On la trouve trop modeste, on lui reproche de nécessiter une seconde intervention ; les statistiques la grèvent d'une forte mortalité ; c'est ce que nous étudierons en en discutant des avantages et des inconvénients.

En résumé, l'iléostomie peut être *primitive et isolée* :

soit que la recherche de la cause de l'iléus ait été négative,

soit que l'état ait été trop alarmant pour permettre une thérapeutique plus active et plus rationnelle.

Elle peut être *primitive mais complémentaire* :

soit que la cause de l'occlusion ait été trouvée et traitée, c'est l'*entérostomie de sécurité*,

soit, au cours d'une intervention pour péritonite suppurée avec distension marquée de l'intestin grêle, c'est l'*entérostomie de décharge*.

Enfin, elle peut être *secondaire post-opératoire* :

soit, comme traitement du syndrome du troisième jour,

soit, comme traitement de l'occlusion précoce du huitième jour, s'accompagnant, si les circonstances le permettent, de libération d'adhérence,

soit, quand il apparaît, après levée d'obstacle, un état de choc.

CHAPITRE III

LES TECHNIQUES

La plus ancienne et la plus simple de toutes est celle que Nélaton a réglée en 1858.

Technique de Nélaton :

Un point circulaire séro-musculaire circonscrit une petite zone, permettant après incision des trois tuniques intestinales, le passage à frottement dur d'une sonde de Nélaton n° 18 ; on prépare la ligature.

Puis, par un petit surjet au catgut ou au fil de lin n° 0, on fixe cette zone du grêle au péritoine pariétal.

Alors seulement, un aide présentant avec deux pinces de Chaput, placées à ses deux extrémités, la zone limitée, on ponctionne au thermo-cautère l'anse fixée ; on fait pénétrer la sonde dans la lumière intestinale et on serre le premier nœud, de manière à ce que le liquide iléal ne puisse sortir autour. Il va sans dire que la grande cavité a été protégée soigneusement. Lavage de la plaie à l'éther.

Avantages : dans les cas très avancés, elle est particulièrement indiquée, parce que très rapide et nullement choquante ;

Inconvénients : outre ceux de toute entérostomie. Très rapidement, la peau n'est plus protégée, l'anse se sphacèle autour de la bouche, il est extrêmement difficile de maintenir propre le malade, le liquide fusant partout.

La grande cavité peut êtreensemencée.

Il ne faut la réserver qu'aux cas extrêmes ; elle nous a rendu de très grands services.

Technique de Wirtzel :

C'est en 1894, que Wirtzel a décrit son procédé. C'est le procédé de choix. Il est admis par la presque unanimité des chirurgiens.

Point circulaire séro-muscleux comme précédemment.

Ponction au thermo-cautère. Introduction dans la lumière intestinale d'une sonde de Nélaton n° 18 ; ligature. Puis enfouissement de la sonde sur une longueur de 5 à 10 cm. par un surjet séro-muscleux au fil de lin.

Avantages : Protection plus efficace de la peau ; les parois intestinales s'affaisant, le trajet fistuleux se ferme plus souvent. Si l'on voulait rétablir le drainage on trouverait facilement le trajet.

Inconvénients : Elle nécessite une anse pas trop distendue, donc à parois assez épaisses pour pouvoir permettre le surjet enfouisseur.

Le liquide sortant par la sonde souillerait la plaie malgré toute protection. Mais cet inconvénient disparaît avec le petit instrument que M. Mocquot a fait construire.

« C'est un petit trocart, analogue au trocart de
« l'appareil de Potain, mais plus court et de plus
« fort calibre. Sur la chemise du trocart est branché
« un orifice latéral sur lequel on adapte un tube de
« caoutchouc et grâce à un dispositif simple on peut
« fermer le robinet avant de retirer complètement le
« mandrin. On évite ainsi tout afflux de liquide intes-
« tinal dans la plaie. Le manchon est laissé en place
« et grâce aux cannelures qu'il présente, il peut être
« fixé comme une sonde, à la Wirtzel dans un plis
« de l'intestin ».

Le procédé de Wirtzel doit être employé toutes les fois que l'état des tuniques intestinales le permet.

Technique de Delore, Mallet-Guy et Cressel;

Enfin, dernièrement, ces auteurs lyonnais, en 1925, décrivent un procédé qui n'est qu'une modification du procédé de gastrotomie de Fontan. Nous citons :

« Une pince de Chaput, placée très prudemment ex-
« tériorise une portion de l'intestion en forme de cône.

« Un aide maintient cette traction tandis que le chirurgien fixe la séreuse au péritoine pariétal, par une couronne de points non perforants au catgut fin. Puis il circonscrit le sommet du cône hernié à 2 cm. de son point culminant par un point faufile circulaire ; alors il pratique de la pointe des ciseaux courbes une incision des trois tuniques suffisantes pour introduire à frottement dur une sonde de Nélaton n° 16 ou 18. Il ne reste plus qu'à invaginer comme dans la gastrotomie et la sonde et la portion de l'intestin circonscrite par le point faufile, que l'on serre à cet instant, et dont les deux bouts libres sont noués sur la sonde repris par une aiguille et fixés à la paroi. On aura soin, avant de laisser emporter le malade de vérifier le bon fonctionnement de la bouche et d'évacuer par des pressions douces de l'abdomen, le contenu de l'intestin autant qu'il est possible. Souvent d'ailleurs, à peine la sonde est-elle enfoncée qu'il s'échappe des gaz sous pression et bientôt un liquide noirâtre et fétide contenant une grande quantité de sang extravasé ».

Enfin nous ne mentionnerons que pour mémoire, la *jéjunostomie* que les auteurs américains prescrivent mais qui est à *proscrire formellement*.

Avantages du Delore : Il ne nous semble présenter aucun avantage sérieux.

Inconvénients : M. Mocquot rappelle dans son mé-

moire du *Journal de Chirurgie* de juillet 1934, un cas de mort par cachexie avec large abouchement de l'intestin à la paroi, de Bernard, (Soc. de Chir.).

Quelques autres procédés, peuvent être utiles dans les cas limites.

Lardennois, après résection ou suture, abouche à la peau le bout proximal et à ce bout proximal, le bout distal, au-dessous de l'abouchement cutané. Il obtient ainsi une continuité intestinale protégée, au moins provisoirement par la dérivation directe.

Moncany, une fois, après résection intestinale, dans un cas de hernie crurale étranglée dont le début remontait à 48 h., avec sphacèle de l'anse, a fait avec succès, une anastomose au bouton de Murphy à 6 cm. des orifices de résection, avec adossement en canon de fusil, fixation à la paroi de l'orifice proximal, dans lequel il a fait pénétrer un drain en amont de la bouche ; l'autre orifice fut suturé par un point en bourse. Ainsi la résorption était évitée. La guérison s'en suivit.

Dans les cas limites, Lardennois, fixe à la paroi une anse ; il fistulise par un drain de Kehr le long de la paroi.

Theodoresco, préfère fixer l'anse à la paroi et attend l'absolue nécessité pour l'ouvrir.

M. Quenu, (rapporté par M. Mocquot) attend quelques heures avant de fistuliser l'anse fixée à la paroi, de manière à ce qu'il se soit déjà constitué des adhérences protectrices.

Sur quelle anse l'entérostomie doit-elle porter ?

Elle doit porter sur l'anse sus-jacente à l'obstacle.

M. Mocquot recommande de la faire loin de tous foyers suppurés, loin de tous points drainés et en tissu intestinal sain.

Elle doit être le plus près possible de l'iléon.

Doit-on faire une laparotomie large ?

Les avis sont très partagés. Pour notre part, nous n'y manquons pas toutes les fois que l'état général le permet, on pourrait en agissant différemment ne pas dresser un exact bilan des lésions et s'exposer à des accidents secondaires : gangrènes et perforation d'une anse sphacélée, péritonite secondaire.

Ce n'est qu'exceptionnellement, chez les moribonds, que l'incision minima latérale droite, de préférence Jalaguier, et la fistulisation aveugle de la première anse venue puissent être pratiquées.

Il ne faut pas hésiter à faire une large incision de manière à avoir un jour très large, sans suivre pour cela Kocher, qui préconise l'éviscération complète par une incision partant du pubis, allant à l'appendice xyphoïde. Il la prétend moins choquante que le brassage inutile et vain des anses ; elle raccourcirait le temps opératoire en permettant une découverte plus facile et moins aléatoire du siège de l'occlusion et de sa nature. La distension des anses ne serait pas à envisager puisqu'elle est supprimée par la fistule.

Donc : Incision médiane sous-ombilicale large permettant une recherche aisée de la cause.

Incision sur le foyer opératoire pour les entérotomies post-opératoires secondaires ; sauf si le foyer est suppuré ; il faut alors passer à distance de cette zone, en passant par le foyer opératoire, on a parfois la possibilité de libérer des adhérences récentes.

Incision de Jalaguier droite, dans les cas ultimes.

En quelle position mettre le patient ?

C'est affaire de cas d'espèces. La position droite est commode.

Certains aiment le Tredelenbourg. Peut-être favoriserait-elle le reflux vers l'estomac du liquide occlu, accentuant et augmentant la fréquence des vomissements et surtout favorisant leur passage dans les voies respiratoires avec toutes ses fâcheuses conséquences, accentuant une tendance trop naturelle. Jean-Louis Faure, et ses élèves préconisent le demi-Tredelenbourg.

Reste la question de l'anesthésie.

Il n'y a pas longtemps la *rachi-anesthésie* fut fort à la mode.

Certains ont voulu y voir un traitement de l'occlusion surtout l'occlusion post-opératoire.

Bonniot, Leriche, Lefèvre, Asteriades en discutèrent en 1923 à la Société de chirurgie de Lyon.

Wagner rapporta la question au Congrès allemand de Gynécologie de 1923.

Enfin en 1927, la question fut longuement débattue à la Société Nationale de Chirurgie. M. Duval concluait prudemment : « La débacle obtenue il faut se tenir « prêt à l'opération secondaire si les symptômes nets d'iléus se reproduisent ».

Nous croyons très sage l'avis de Lecène, qui dit :
« Malgré ses avantages incontestables, c'est une
« expérience toujours très risquée de recourir à ce
« mode d'anesthésie chez un individu en état d'occlu-
« sion aiguë, par conséquent toujours très certaine-
« ment intoxiqué et même quelquefois aussi infecté ».

Il ne faut pas oublier l'action hypotensive de la rachi, chez des malades déjà hypotendus.

Un anesthésique doit être écarté (l'accord est unanime) c'est le chloroforme à cause de son action nocive sur le foie et sur les reins, surtout chez des patients aux organes déjà profondément altérés.

Nous avons vu employer très souvent le mélange de Schleich. Il ne semble pas avoir été la cause d'accidents à signaler et pourtant sur la quarantaine d'observations que nous rapportons, elle fut pratiquée, trente-cinq fois.

L'anesthésie locale doit être réservée aux cas sévères où l'état du patient ne permet pas une exploration large.

CHAPITRE IV

SUITES OPERATOIRES

On remettra le patient dans un lit préalablement chauffé.

Sa sonde d'iléostomie sera reliée par une tubulure en caoutchouc à un récipient où les sécrétions seront recueillies ; leur volume sera soigneusement noté.

On mettra tout de suite en train du sérum physiologique, par voie sous-cutanée.

Par voie intra-veineuse, on commencera la rechloration selon la méthode préconisée par Binet-Gosset et Petit-Dutaillis.

Mais parfois, l'hypotension est marquée et il est impossible de faire saillir une veine. C'est alors que nous utilisons la fistule pour pratiquer la rechloration. Si cette pratique a par cette voie le gros avantage de faire réapparaître le péristaltisme ou l'exciter s'il n'existait pas, elle a toutefois un gros inconvénient : l'appel d'eau dans l'intestin, spoliant ainsi

un organisme déjà déshydraté du fait de l'occlusion. C'est pourquoi, il faut lui associer des doses massives de sérum physiologique.

Naturellement on s'aidera des cardiotoniques usuels pour soutenir le patient.

A côté de l'hypochlorurémie et de la déshydratation, il existe une hyperglycémie. J. Bottin a montré dernièrement l'importance des lésions pancréatiques. Nous avons, sur la foi de ces données, largement utilisé les *injections sous-cutanées quotidiennes de 20 à 40 unités d'insuline française*, avec du sérum glucosé ; nos patients s'en sont trouvés bien et il semble que son action ait été surtout efficace dans les cas très avancés. Signalons en passant les résultats remarquables que nous avons obtenus par cette méthode dans les cas de choc après intervention sur l'abdomen, surtout la vésicule et l'estomac.

Ce premier jour, la sonde donne généralement peu de liquide, l'écoulement se rétablit lentement, mais le matin du deuxième jour survient une débâcle.

Les vomissements s'espacent, puis disparaissent. Les traits sont moins tirés, l'état est meilleur, le pouls est mieux frappé, il se ralentit.

On continue la même médication.

Le patient commence à prendre un peu de liquide ; il peut le garder ; il ne vomit plus. Il est plus calme, moins anxieux.

Le pansement est refait.

On protégera la peau avec une substance grasse adhérente, pommade à l'oxyde de zinc, au beaume du Pérou, tulle gras.

Il suinte un peu de liquide autour de la sonde. On garnit de compresses stériles. Nous utilisons le coton cellulose, il a le gros avantage d'être d'un prix raisonnable et d'absorber très complètement le liquide.

S'il est sali, on le renouvellera dans la soirée.

L'opéré pourra prendre du bouillon de légumes.

Au troisième jour, la quantité de liquide recueillie dans le bocal, commence à diminuer. Si la continuité du tractus intestinal avait été restaurée, il n'est pas rare de voir, à cette date, apparaître spontanément des gaz par l'anus, puis des épreintes.

On pourra ajouter au bouillon, des fruits cuits, du potage.

Le quatrième jour, le liquide coule de moins en moins. On peut tenter de supprimer la sonde, si, dans le même temps l'état général s'est fort amélioré.

Le patient prendra des purées légères, des fruits crus.

Au cinquième jour, il coule encore un peu de liquide par la bouche de la sonde, une selle apparaît ; on en facilite la venue au besoin par un petit lavement hypertonique à garder (15 gr. de sel pour 300 d'eau bouillie tiède) qui excite le péristaltisme.

A cette date, on peut reprendre progressivement une alimentation normale avec une forte proportion d'hydro-carbone. Liquides abondants.

Au début, il n'est pas rare d'observer de la diarrhée, des épreintes. Il survient souvent une débâcle urinaire. Le malade est euphorique. Dans les jours qui suivent, le transit continuera à se rétablir.

Bien veiller à ce que le patient ait une selle spontanée tous les jours, en continuant au besoin les lavements.

Toutefois, il peut arriver, dans les premiers jours qui suivent la fermeture, que la fistule se rouvre et donne issue à un petit suintement iléal ; dans les cas les plus favorables, à quelques gaz.

Nous n'avons eu en vue que les cas le plus favorables.

Mais dans bien des cas, il n'en est pas ainsi, l'obstacle n'a pas pu être cherché ; on voit s'installer après une phase d'amélioration qui dure en général quarante huit à soixante heures, une hypotension. Le malade s'agite, sa langue est sèche, rôtie, ses yeux s'assombrissent à nouveau, son pouls devient misérable, sa température descend, tombe parfois au-dessous de la normale ; ses urines diminuent. Il est angoissé. On le sent défaillir. Il se couvre de sueurs froides. Quoiqu'on tente il s'en va ; parfois, un brusque collapsus l'emporte. L'évolution est très rapidement fatale.

Dans d'autres cas, la cause n'a pas été trouvée, après une amélioration qui dure quarante-huit heures, environ, le malade empire ; l'état meilleur permet une intervention. On recherche la cause et on la traite. On supprime l'obstacle, aveugle la fistule ; on peut voir la guérison s'installer.

Dans d'autres cas, l'état s'est nettement amélioré mais la fistule persiste rebelle, bien que la continuité du tractus soit certaine, la peau s'irrite, le patient se plaint de brûlures intolérables au niveau de sa plaie, nous allons voir plus bas à quelle date il faut tenter la fermeture et sur quels signes cliniques se baser.

Il tombe sous le sens que ces suites sont schématisées et l'apparition de ces signes est éminemment variable dans leur date avec les patients et la gravité de leur état.

CHAPITRE V

AVANTAGES ET INCONVENIENTS

L'entérostomie, nous l'avons déjà dit, est le moyen de choix pour lutter efficacement et activement contre l'intoxication qui accompagne et suit l'occlusion.

On ne peut, en effet, par simple ponction (entérostomie) quelque ingéniosité que l'on déploie pour la pratiquer, enlever de bien grandes quantités de liquide. Le pousser des anses pleines vers les anses vides ? Mais, n'est-ce pas faire « ce brassage désespérant et vain des anses distendues » (Ockinzyc), que l'on veut et doit éviter, car, non sans danger, pour une sereuse, très facilement déchirable ? Sans doute, l'aspiration électrique facilite-t-elle l'évacuation, mais la mise au repos complet et l'évacuation plus prolongée des anses nous paraît préférable. Laewen reproche à l'évacuation massive de provoquer une chute brutale de la tension artérielle par réflexe.

Même vidée partiellement, on ne peut empêcher l'anse sous-jacente à l'obstacle d'absorber le liquide de stase que, bon gré, mal gré, on a été contraint d'y laisser ; on voit alors survenir ces morts dont parle Ockinzyc « avec phénomènes de choc toxique après la simple résection d'une bride qui avait duré quelques minutes ». Ni le choc, ni la péritonite ne peuvent les expliquer.

Il ne faut pas oublier combien est tenace et fréquente la paralysie intestinale. Le liquide de stase n'est-il pas paralysant, pour une anse saine ?

Très rapidement, après l'évacuation, les phénomènes s'amendent, la muqueuse se décongestionne, faisant ainsi cesser hémorragies et transudations.

L'entéro-anastomose, que l'on a opposés et que certains préfèrent à l'entérostomie, si elle n'a pas ces avantages, présente par contre de sérieux inconvénients.

Les sutures lâchent souvent, tant sont altérées et distendues les tuniques intestinales.

Kummer, à la Société Nationale de Chirurgie a rapporté le 22 décembre 1920, des cas de sphacèle éloigné de l'anastomose, par tiraillement à son niveau ou au niveau des anses anastomosées.

Ockinzyc, en 1923, à la même Société, présente un cas d'étranglement secondaire d'une autre anse dans l'anse anastomosée.

Finochietto, en 1905, toujours à la Société de Chi-

rurgie, insiste sur le rétrécissement de la bouche anastomotique .

Des accidents péritonéaux se voient également soit par transudation du liquide occlus, soit par ensemençement massif par les sutures.

Il n'est pas rare de voir les signes occlusifs persister, après l'entéro-anastomose et obliger à une iléostomie secondaire que l'on voulait pourtant éviter.

Par la bouche d'iléostomie, on peut pratiquer la rechloruration, dont Binet, Gosset et Petit-Dutaillis ont montré les bienfaits.

Guillaume, sur 694 cas, compte 17 % de mortalité par seule entérostomie, 48,2 % par simple levée d'obstacle et 24,8 % par levée d'obstacle et entérostomie.

Il n'est pas de plus belle illustration de ce que l'on peut attendre de l'entérostomie que cette observation rapportée par Lejars, dans sa Chirurgie d'urgence ; il s'agit d'une femme opérée au sixième jour de son occlusion.

« On ne sentait plus le pouls radial ; les extrémités
« étaient froides et violacées, la respiration anxieuse,
« le ventre énormément distendu ; je suis convaincu
« que la moindre dose d'éther ou de chloroforme eût
« achevé cette pauvre femme en quelques instants ;
« je me contentai d'une anesthésie superficielle à la
« cocaïne ; j'incisai dans la fosse iliaque droite, j'ama-
« rai la première anse grêle, je la fixai et l'ouvris, ce

« fut la débâcle immense. La malade presque agoni-
« sante se releva doucement ; elle cessa de vomir ; elle
« se repris à uriner et, dès lors, les injections de sérum
« artificiel à hautes doses devinrent efficaces ; le
« lendemain elle avait une selle spontanée par l'anus ;
« elle est aujourd'hui sauvée ».

Quenu, le 27 octobre 1920, déclarait à la Société de Chirurgie, *« C'est une chance à courir et l'expérience montre que cette mauvaise chance vaut mieux que la presque certitude de la mort donnée par la laparotomie avec recherche de la cause. »*

Mais si utile et si efficace qu'elle soit, l'entérostomie ne va malheureusement pas sans quelques inconvénients.

Nous pensons avec Ockinzyc, (Société de Chirurgie, 1920), que ce n'est qu'un pis-aller qui ne peut être que provisoire en raison de la dénutrition qui est satellite et de la persistance de l'obstacle qui parfois n'a été ni cherché ni levé.

La dénutrition serait d'autant plus rapide et marquée que la bouche serait plus haut située.

Une fois sur quatre échecs partiels, la dénutrition peut être invoquée. L'iléostomie avait été pratiquée selon la technique de Wirtzel, pour une occlusion remoniant à quarante-huit heures, chez une malade ayant subi un an avant une résection colique pour cancer. Une tentative de fermeture au huitième jour

de son iléostomie, avait été malheureuse. La malade se dénutrit progressivement et la mort survint le trente-cinquième jour.

Par ailleurs, nous rapportons l'observation d'une malade qui a vécu quinze mois avec une fistule haut située, contrôlée radiologiquement. Une autre vit depuis novembre 1934, avec sa fistule rebelle à toute tentative de cure ; elle n'accuse aucun trouble.

La fistule même canalisée n'empêche pas toujours l'intervention secondaire et les lésions cutanées par le liquide toujours irritant.

L'intervention secondaire serait un petit inconvénient si elle était sûrement efficace.

A quoi bon, pensent certains, sauver le malade d'un danger immédiat, si l'intervention n'a fait que retarder la fatale issue ?

Aussi, les procédés les plus ingénieux ont été préconisés, qui pour dispenser de l'intervention secondaire, qui pour éviter les lésions cutanées, qui enfin, pour empêcher, tout au moins, diminuer la dénutrition.

Il convient de classer avec les différents auteurs les fistules intestinales d'après leur siège.

Les plus graves et les plus redoutables sont les fistules hautes, les duodénales ; on voit donc le danger qu'il y a à suivre les auteurs américains, qui, arguant de l'origine probable des toxines, prônent la jéjunostomie dans toute occlusion, quels qu'en soient le siège et la nature.

Les fistules duodénales sont graves par la déchloruration qu'elles entraînent et la digestion de la peau.

Il faut donc curativement rechlorurer plus intensément ces malades, lutter contre la dénutrition par des gouttes à gouttes rectaux et hypodermiques de sérum glucosé avec des injections sous-cutanées d'insuline. Pratiquer enfin la succion des liquides, comme l'a fait, pendant des mois, avec succès, une de nos patientes, pour éviter l'irritation et la digestion de la plaie.

Hillier Baker recommande d'y adjoindre l'absorption, par la bouche, d'eau chlorurée à 2 %, un régime hydrocarboné, la protection de la peau par un liquide adhésif et la succion fréquente. Il aurait ainsi souvent observé des fermetures spontanées.

Il injecte dans le trajet fistuleux de la pâte de Beck ; la sécrétion est ainsi suspendue pendant 6 à 7 heures et il recommence toutes les six heures.

Pour lui, les fistules de l'iléon sont un peu moins graves.

G. Tschmarke, de Leipzig, pense que c'est là une opinion erronée et qu'elles aboutissent, comme les précédentes, à l'inanition et même à la mort. Le test du contrôle quotidien des urines serait illusoire.

Hillier Baker, pose au contact de la fistule une compresse roulée reliée à l'extérieur par le trajet fistuleux, à une compresse enroulée par l'intermé-

diaire d'un lien de caoutchouc. La compresse est imbibée d'huile, le trajet fistuleux comblé avec de la pâte de Beck. Avantages : les liquides ne digèrent plus les parois, pas de dénutrition, pansement plus facile. Pour éviter la dénutrition, Hillier Barker conseille de recueillir le liquide fistuleux par aspiration et de le réinjecter dans le bout inférieur de l'iléon.

K. Fecher applique sur la fistule un coin de coton imbibé d'huile d'olive. Il le maintient par un pansement compressif de manière à isoler hermétiquement la fistule. Il laisse en place douze heures, de préférence deux à trois jours. L'huile ne se mélange pas aux sucs intestinaux. Il rapporte 13 cas de guérison, s'effectuant dans un délai de 12 à 50 jours ; 2 fistules duodénales — 5 du grêle — 5 cœcales et une colique. Dans les cas négatifs, la peau cesse d'être irritée et permet une tentative chirurgicale postérieure que l'état des lieux pouvait empêcher.

Mais souvent malgré tous ces procédés, la fistule ne s'aveugle pas.

A quel moment tenter sa fermeture chirurgicale ?

Le transit s'est spontanément rétabli, soit que la continuité intestinale ait été restaurée lors de la première intervention, l'iléostomie ayant été complémentaire, soit que, sous sa seule influence, le transit se soit spontanément rétabli, iléostomie primitive

avec recherche négative de la cause ou iléostomie secondaire post-opératoire.

Dans ces deux derniers cas, M. Mocquot pense que la paralysie et les brides lâches ont additionné leur action pour arriver à l'occlusion. Les anses retombent sous le poids du liquide de rétention, se coudent ; ces coudures s'accroissent à mesure que leur contenu augmente et ces obstacles ne peuvent plus être franchis.

Schwartz le 15 juin 1927, à la Société de Chirurgie insistait « sur les guérisons spontanées des fistules « dues à la tendance naturelle qu'a tout organe mobile « de la cavité péritonéale de détacher ses adhérences ».

Au cours des interventions secondaires sur des foyers péritonitiques où l'on avait noté la présence d'agglutinations intestinales nombreuses, on est surpris de les trouver entièrement résorbés quand le foyer s'est éteint.

Sept fois nous avons eu le bonheur de voir la fistule se fermer spontanément à des dates variables, une fois le quatrième, les six autres entre le dix-septième et le trentième jour.

Il nous a semblé que c'étaient les moments les plus favorables du quatrième au trentième jour, la suture précoce. Nous n'envisageons ici que les cas où le transit s'est rétabli.

Il va sans dire que cette date est extrêmement

variable, suivant les cas et suivant l'indication de l'iléostomie.

En général, quand le transit se rétablit spontanément, c'est vers ces dates qu'il le fait. Le premier gaz apparaît à l'anús vers le troisième jour, bientôt suivi d'une selle spontanée qu'avaient déjà annoncée des épreintes.

Dans un cas, on a dû réintervenir 4 fois pour avoir un résultat positif durable. Dans un autre, la mort est survenue après tentative infructueuse, et pourtant nous avions fait un Wirtzel.

Il faut donc dans les cas où l'on est certain de la continuité du tractus intestinal se baser sur le rétablissement du transit normal.

S'il fallait être schématique, nous dirions que le mieux est le moment situé entre la fin de l'amélioration causale et le commencement du dépérissement.

Ce temps ne durerait pas plus de trois à quatre jours et serait situé pour G. Tschmarke, entre le quatrième et le huitième jour qui suivent l'établissement de la fistule. Il nous semble beaucoup trop absolu dans ses délais.

Pour les cas où la cause n'a pu être traitée, et où le transit ne se rétablit pas spontanément, dans les cas où l'on a été contraint à l'iléostomie en désespoir de cause, Lardennois donnait en 1928 à la Société Nationale de Chirurgie, une règle fort judicieuse, que nous suivons.

Après avoir rapporté une observation de Maissonnet, il disait : « Quand, chez l'homme, dans les jours qui
« suivent l'établissement d'une fistule sur le grêle, on
« a la notion qu'il ne passe ni matière ni gaz par l'anus
« naturel, la fistule doit être considérée comme très
« grave ; il y a un obstacle en-dessous d'elle et la
« dénutrition du sujet ne peut manquer d'être rapide.
« Il faut remédier sans retard, rechercher l'obstacle ».

Il conclut à la limitation des indications de l'entérostomie.

Si l'on était tenté de sous-estimer les dangers de la fistulisation, il n'y aurait qu'à se rappeler l'intervention d'Aglave en 1907, à la Société Nationale de Chirurgie :

« Une fistule, établie sur la terminaison de l'intestin grêle avec interruption de continuité au-dessous, entraîne la mort chez le chien en 8 à 10 jours
« et chez le porc en 30 jours environ et cependant ces
« animaux s'alimentent jusqu'au dernier jour ».

Pour éviter cette dénutrition, M. Mocquot est formel ; il proscriit l'entérostomie haute.

Que l'irritation de la peau, autre gros inconvénient, ne soit pas un obstacle à la tentative de fermeture.

Mais la fermeture est une intervention toujours grave en raison de la septicité du milieu et de la dénutrition.

Kantor pense qu'il y a intérêt à passer en zone

saine sans se préoccuper de la fistule, la détacher de la paroi, mettre deux pinces à coprostase et tantôt réséquer, puis faire une entéro-anastomose, tantôt enfouir la brèche faite au péritoine pariétal. Quant à la portion intra-pariétale, il la laisse fermer par seconde intention.

Nous préférons, pour notre part, la fermeture extra-péritonéale, suture simple en deux plans, bien entendu quand le transit est rétabli. Elle nous donne d'excellents résultats.

Dans les cas où on avait été contraint à l'entérostomie minima, nous avons préféré la laparotomie médiane avec traitement de la cause. On traite la fistule par une entéro-anastomose. Signalons dans ces cas, nous avons eu une mort par péritonite secondaire, à la cure.

On a reproché à l'iléostomie des morts par péritonite et perforation au niveau d'un point de sphacèle de l'anse occluse ; mais, nous le répétons, elle ne doit pas être aveugle et la laparotomie doit être pratiquée toutes les fois que l'état général le permet.

L. Pichon a présenté, le 12 mars 1925, à la Société de Chirurgie de Lyon un cas de prolapsus du grêle étranglée dans l'orifice d'iléostomie, Santy l'a rapporté. On le retrouve dans le *Lyon Chirurgical* d'août 1925. L'auteur a été obligé de resséquer 25 cm. de grêle et de faire une entéro-anastomose termino-terminale. La guérison s'en suivit.

Malgré ces quelques inconvénients, il n'en demeure pas moins que c'est une opération courte et fort peu choquante, rapidement et facilement exécutable à l'anesthésie locale, qui donne, dans des cas décevants et désespérés, quelque succès. Pauchet, le 28 novembre 1924, à la Société Nationale de Chirurgie déclare :
« Chaque fois que l'intestin est distendu, même s'il est
« irréductible, il faut faire une fistule : *j'aime mieux*
« *guérir mon malade en deux temps, que de le tuer en*
« *un seul* ».

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

Observation I

Appendicite au septième jour. Péritonite généralisée. Appendicectomie. Occlusion persistante et rebelle : quatorze jours après ; iléostomie à la locale ; issue d'un liquide iléal abondant, amélioration rapide. Fermeture opératoire neuf jours après. Guérison.

L'enfant A., âgé de 11 ans entre dans le service sur conseil de son médecin, pour douleurs dans la fosse iliaque droite.

Le 23 septembre, après avoir mangé force glaces, il est monté sur les chevaux de bois, a eu quelques nausées.

Le 24, il va à la pêche et ne mange pas.

Le 26, légère poussée thermique. Le Docteur R., mandé ne constate pas le moindre signe précis d'appendicite et ordonne purgations et cataplasmes.

Le 27, nouvelle purgation, la première ayant été inefficace

Le 28, l'enfant se relève, mais manque d'appétit, est somnolent, fatigué, déclare n'éprouver aucune souffrance.

Le 29, crises de douleurs abdominales avec vomissements fréquents ; le ventre se durcit.

Le 30, l'enfant est amené à l'hôpital de Corbeil ; syndrome complet de péritonite généralisée ; ventre résistant, véri-

table ventre de bois, poulx lent mais bien frappé. La température est à 38° 2.

Anesthésie générale au Schleich. Mac-Burney. Issue d'un liquide clair comme de l'ascite d'abord, puis puriforme d'odeur fétide. Libération de l'appendice perforé ; scyballes libres dans le péritoine ; drainage du Douglas.

Le jour même de l'intervention 20 cc de sérum anti-gangréneux, dilués dans un litre de sérum physiologique.

Rapidement la température se normalise.

Le quatrième jour, ablation de la mèche, classique clocher à 38.

Alors commence une série de dix ampoules d'anti-colitique. Il reste quand même subfébrile.

Le septième jour, ablation du drain, la température persiste aux environs de 38°.

Le neuvième, apparaît spontanément une fistule cœcale.

La température revient à la normale le onzième jour.

La dénutrition s'accroissant, l'enfant ne s'alimentant pas, on lui fait de nombreuses injections de sérum glucosé et artificiel dans l'espoir de faire céder les vomissements qui apparurent alors.

L'état s'aggravant en même temps que s'accroissent les phénomènes occlusifs avec lipothymie, hypotension, état général très alarmant, sueurs froides, on décide de ré-intervenir.

Anesthésie locale à la stovaïne. Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'iléon est distendu ; brides. Les adhérences semblent être la cause de l'occlusion. Iléostomie de Nélaton.

Sérum hypertonique à 20% intra-iléal.

Le lendemain, de l'intervention, il sort par la fistule environ 1500 cc de liquide, alors que la veille il n'en était presque rien sorti.

Le 16, il n'en sort plus que 200 cc. Cependant par l'anus naturel on continue la rechloruration par petits lavements hypersalés (15 gr. pour 300 gr. d'eau).

Le 17, on tente d'obturer le drain pour voir si le transit naturel se rétablirait, l'amélioration de l'état général ayant été très rapide. Ce fut sans résultat.

Le 18, l'ablation du drain abdominal donne issue à un liquide très abondant.

La température qui, pendant toute la période d'occlusion était très normale et régulière, monte à 38°.

La dénutrition s'accroissant, sa peau s'abîmant malgré pommades et cérats, on décide la fermeture de la fistule.

Le 23 octobre, soit 23 jours après la première intervention et neuf jours après la seconde, suture de la fistule.

Anesthésie générale au Schleich. Suture simple en deux plans.

Suites parfaites. L'état général va sans cesse s'améliorant. L'érythème disparaît avec la fistule.

Le 1^{er} novembre, la fistule cœcale se ferme spontanément comme elle était apparue.

Le 5 novembre, la plaie de laparotomie médiane par où fut pratiquée la fistule du grêle est entièrement cicatrisée.

L'enfant quitte le service, complètement rétabli, ayant repris son poids d'entrée et même gagné quelque embonpoint.

Observation II

Appendicite au huitième jour. Appendicectomie. Occlusion six jours après l'intervention. Sous anesthésie locale : réouverture, iléostomie. Fermeture dix-sept jours après. Guérison. Revue cinq ans après, le résultat se maintient.

Mlle. Ch., 36 ans, employée aux grands moulins de Corbeil entre à l'hôpital le 13 décembre 1929, sur conseil de son médecin, pour douleurs dans la fosse iliaque droite.

Le 7 décembre, la malade fut prise de violentes douleurs épigastrique irradiant en ceinture, s'accompagnant de cons-

tipation. Pas de vomissements. Ses douleurs cèdent par le seul repos. Elle continue de travailler.

Rentrée chez elle, elle prend, de son propre chef, un laxatif.

Le lendemain, 8 décembre, elle va consulter son médecin qui ne lui trouve pas le moindre signe douloureux et ordonne un lavement pour lutter contre la constipation qui persistait.

Elle continue de travailler, mais le 13 décembre, six jours après le début des crises douloureuses, la température s'allume ; ses douleurs se localisent au point de Mac-Burney, toujours pas de vomissements. Elle fait rappeler le Docteur G., qui l'avait vue quelques jours auparavant. Il trouve un ventre douloureux, en son ensemble, avec sensibilité plus marquée de la fosse iliaque droite, et conseille son admission à l'hôpital de Corbeil.

Anesthésie générale au Schleih. Mac-Burney. Pus extrêmement fétide et abondant. Au doigt, on sent une poche à parois assez résistantes se prolongeant sur la ligne médiane. On respecte cet enkystement. L'appendice ne se trouvant pas, on abandonne sa recherche de peur d'ensemencer la grande cavité, en rompant les adhérences protectrices.

La température descend le lendemain de l'intervention, lavage par la méthode de Carrel de la poche d'abcès.

Tout semblait s'arranger lorsque le sixième jour apparaissent des vomissements poracés, de la lipothymie, un arrêt des matières et des gaz.

Anesthésie locale. Iléostomie de Nélaton.

Le jour de l'intervention, issue d'un liquide peu abondant, mais dès le deuxième jour, sa quantité augmente nettement. L'état s'améliore rapidement, et le 10 janvier, dix-sept jours après la fistulisation, on tente la fermeture.

Anesthésie générale au Schleich. Libération du pourtour de la fistule. Extériorisation du grêle. Fermeture. Paroi en un seul plan.

Tout va pour le mieux et la malade quitte l'hôpital le 14 février 1930, complètement guérie.

Le 1^{er} mars 1935, à l'occasion d'une éventration au niveau de sa cicatrice appendiculaire et d'un volumineux fibrome utérin, elle est revue, en parfait état. L'épiploon adhérait dans la poche d'éventration de même que l'appendice qui fut aussitôt enlevé. Pas de traces de l'entérostomie ; nulle réaction autour de la bouche.

Observation III

Enfant 7 ans, appendicite au troisième jour, appendicectomie. Occlusion quatre jours après. Iléostomie. Libération d'adhérences. treize jours après, fermeture de la fistule ; Récidive d'occlusion, six jours après. Adhérences, résection de 10 cm. au niveau de l'ancienne fistule, entéro-anastomose. Guérison.

L'enfant Lucien Bou., 7 ans est amené le 25 janvier 1927, pour péritonite aiguë d'origine appendiculaire ayant débuté trois jours auparavant. Schleich, laparotomie droite. Liquide puriforme d'odeur fétide dans la grande cavité. L'appendice est en voie de sphacèle. Epiploïte et plaques de sphacèles sur l'épiploon.

Suites opératoires bonnes jusqu'au 2 février. Alors persistent les signes occlusifs qui obligent le 6 à intervenir.

Nombreuses adhérences entre les anses grêles que l'on libère. Iléostomie.

Rapide amélioration. Fermeture de la fistule le 19 février.

Résultat excellent mais le 25 février l'occlusion réapparaît.

Adhérence à la paroi de l'anse fistulisée. Résection de 10 cm. de grêle, au niveau de l'ancienne fistule. Anastomose termino-terminale.

L'enfant sort le 11 mars parfaitement guéri.

Il donne de ses nouvelles tous les ans le résultat se maintient.

Observation IV

Appendicite au troisième jour avec sub-occlusion, appendicectomie. Drainage. Persistance de l'occlusion. Iléostomie six jours après; Fermeture de la fistule le onzième jour. Guérison.

M. Del., cultivateur, 42 ans, entre le 13 février 1930, pour appendicite au troisième jour, avec sub-occlusion.

Mac-Burney, appendicectomie. L'appendice est en voie de sphacèle adhérent dans le Douglas, il est englobé dans une coque épiploïque. Drain et mèche.

Iléostomie six jours après pour occlusion persistante.

Cédation immédiate de l'occlusion et fermeture de la fistule et réfection pariétale le 2 mars.

Le malade quitte l'hôpital le 17 mars, la fistule fermée.

Observation V

Appendicite au quatrième jour, adhérences. Appendicectomie; Occlusion, iléostomie trois jours après l'intervention. Libération d'adhérences lâches, fermeture neuf jours après et résection. Guérison.

Mme Ber., sans profession, 37 ans, entre le 30 avril 1931, pour appendicite au quatrième jour, au cours du cinquième mois de sa grossesse.

Cœcum adhérent à la trompe au milieu d'adhérences rétro-cœcales, ouverture d'un abcès putride contenant une terminaison d'appendice réduit à un boyau putrilagineux translucide; appendicectomie et drainage.

Iléus paralytique par péritonite généralisée.

Schleich. Réouverture. Libération des adhérences péri-cœcales, drain, iléostomie.

Avortement le lendemain et délivrance artificielle.

Sous-anesthésie générale au Schleich, fermeture de l'iléos-

tomie, libération d'adhérences à ce niveau, résection de 8 cm. d'intestin, anastomose termino-terminale.

La malade sort le 9 juillet entièrement guérie.

Observation VI

Péritonite appendiculaire au huitième jour, appendicectomy, iléostomie de complément. Mort quatre jours après.

M. Ch. Col., apprenti-peintre, 16 ans, entre le 24 décembre 1933, pour péritonite généralisée appendiculaire et occlusion remontant à huit jours.

Anesthésie générale au Schleich, Mac-Burney, grêle distendu, congestionné, que l'on évacue incomplètement par l'appendicostomie. Ligature et appendicectomy. Iléostomie de complément. Drain médian. Drain et mèche. Mort le 28 décembre.

Observation VII

Femme 43 ans, péritonite généralisée d'origine appendiculaire au troisième jour, très mauvais état général. Appendicectomy, iléostomie de complément. Survie de 26 h. Anesthésie générale au Schleich.

Mme. J., 43 ans, est amenée par son médecin pour péritonite généralisée d'origine appendiculaire, le 2 mars 1935.

Le 27 février, coup de poignard brutal dans l'abdomen, sans qu'elle puisse donner de localisation exacte de sa douleur.

Depuis quelques jours auparavant elle se plaignait de gastralgie.

Le médecin appelé aurait constaté un point douloureux vague à droite, dans la région appendiculaire. La température était à 38,6. Pas de vomissement ni constipation.

Il conseille le repos au lit, la vessie de glace et des suppositoires qui calment les douleurs.

Pendant les deux jours qui suivent, la malade présente deux vomissements alimentaires. La douleur est diffuse dans l'abdomen, de moyenne intensité. Arrêt des gaz et émission de quelques matières. Le ventre aurait été ballonné mais serait resté souple.

Le samedi 2 mars, jour de son entrée, pas de vomissements mais état nauséeux. La température est à 38,2. Le pouls à 120. Pas de péristaltisme.

A l'examen on constate un abdomen très tendu, douloureux, le maximum de sensibilité semblant être dans la région hypogastrique vers la gauche. La région appendiculaire n'est pas particulièrement sensible. On note un point douloureux assez vif au niveau de l'hypochondre droit.

A la percussion, sonorité dans tout l'abdomen, dans la région pré-hépatique ; un peu de matité aux flancs.

Au toucher, le cul de sac de Douglas est comblé et très douloureux.

Devant ce tableau, on porte le diagnostic de péritonite par perforation de viscère creux, sans doute l'appendice, en raison des signes du début ; cependant, dans le doute, on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale.

Anesthésie générale au Schleich gomménolé.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

A l'ouverture, on constate du pus abondant très fétide, brunâtre, grummuleux dans lequel baignent les anses grêles dilatées, avec des taches ecchymotiques. Le jéjunum aussi est dilaté, atteignant comme les autres masses le volume d'un avant-bras de nourrisson. Toutefois deux anses, qui semblent être juxta-cœcales sont plates et vides.

On explore l'abdomen et on sent très nettement dans la fosse iliaque droite une masse ; l'appendice, entouré d'un bloc épiploïque, on le libère facilement ; son méso est extrêmement friable ; on parvient pourtant à le lier ainsi que l'appendice qui est enlevé.

Dans le Douglas, ce que l'on sentait par le toucher vaginal n'était qu'une énorme collection purulente, de

mêmes caractères que le pus libre trouvé à l'ouverture. Mickulicz et drain dans le Douglas.

Les anses étant toujours très distendues, on veut pratiquer une iléostomie. En tentant de fixer l'anse fistulisée à la peau par quelques points cardinaux au fil de lin, le fil coupe, tant l'anse est friable, la sectionnant presque jusqu'au mésentère. On se contente alors d'extérioriser sur un drain entouré d'une mèche, mèches autour de la bouche. Points totaux aux crins sur la paroi.

Après l'intervention, on associe au sérum hypertonique intraveineux, l'injection sous-cutanée de 20 unités d'insuline, 500 cc. de sérum glucosé et des toni-cardiaques.

Le lendemain matin, le pansement est à peine souillé par la fistule. Le pouls est à 140, mais bien frappé et régulier. La température est à 39°5.

Le soir, elle passe à 38°5, le pouls un peu faible descend à 120.

Les sondes introduites dans les deux anses fistulisées ne donnent que peu de liquide stercoral.

Enfin, malgré tout, la mort survient à 23 h., soit 26 h., après l'intervention, dans l'algidité.

Observation VIII

Homme 27 ans, péritonite généralisée appendiculaire à la 48^e h. Appendicectomie. Iléostomie de complément. Fermeture au vingtième jour spontanée. Guérison. Schleich.

M. C., imprimeur, 27 ans, entre le 18 novembre 1933, pour péritonite généralisée.

Le début des accidents remonte à 48 h., douleurs dans la fosse iliaque droite, vomissements, constipation, température à 39°1.

Ce n'est que dans la soirée du 18, devant l'exacerbation de ses douleurs qu'il se décide à faire appeler un médecin qui lui conseille son admission d'urgence à l'hôpital.

Péritonite généralisée, pouls extrêmement faible.

Schleich. Mac-Burney. Issue d'un pus très abondant, très fétide. Les anses sont distendues, l'intestin enflammé. Appendicectomie facile quoique le méso soit lardacé, et difficile à lier. Cœcostomie avec abouchement du cœcum à la paroi. Drain dans le Douglas. Mèche dans la fosse iliaque, suture de la paroi en un seul plan aux crins.

La fistule cœcale ne fonctionnant pas comme on l'eût souhaité, on complète par une laparotomie médiane sous-ombilicale. A la partie inférieure de la plaie, iléostomie.

Le lendemain, la température reste à 39°. Son pouls est toujours petit, misérable, le malade présente alors deux gros foyers de broncho-pneumonie, sa température monte le soir à 40°. Ses deux fistules donnent abondamment. :

Le deuxième jour, 40 persistant, augmentation des signes pulmonaires, malgré potions, vaccinations et enveloppements. Son pouls demeure rapide à 130°. Son ventre toutefois est un peu plus souple, quoiqu'encore nettement résistant.

Le troisième jour, la température se maintient à 40° la cyanose, l'hypotension sont plus marqués (T-A : 12-10 au Vaquez). L'abdomen s'assouplit toutefois. Digitaline, insuline; amélioration nette.

Le lendemain, on continue le pouls descend à 110, la température à 38°.

Ablation de la mèche le sixième jour, de la sonde cœcale le septième.

Tout va bien jusqu'au neuvième jour, alors il fait une deuxième localisation pulmonaire. Amélioration le lendemain.

Eventration le treizième jour.

Tentative de fermeture en un seul plan aux crins à la locale; état général étant encore très alarmant.

Suites bonnes; 21 jours après fermeture spontanée de la fistule, le transit normal s'étant rétabli.

Quoiqu'ayant beaucoup maigri, le malade, qui était

pléthorique, avant l'intervention, sort, avec un état général très satisfaisant ; il quitte l'hôpital le 28 janvier 1934 en parfait état.

Observation IX

Femme 42 ans, fruitière, entre le 9 août 1921, pour occlusion remontant à dix jours. Très mauvais état général. Au toucher vaginal, volumineux cancer du corps de l'utérus fixé.

Laparotomie droite, iléostomie à la locale.

Mort 6 h. après l'intervention.

Observation X

Femme 62 ans. Hystérectomie sub-totale pour kyste de l'ovaire dégénéré par la Roentgenthérapie, occlusion persistante sept jours après ; iléostomie. Mort quelques heures après l'intervention.

Mme. Cam., sans profession, 62 ans, entre le 1^{er} août 1929 pour kyste de l'ovaire ayant subi la dégénérescence maligne et déjà traité par quinze séances de Roentgenthérapie sans amélioration.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, le 3 août, Schleich. Il s'agit d'un énorme kyste de l'ovaire présentant des signes certains de malignité, adhérent intimement au grêle, tellement qu'en essayant de le libérer on le déchire, il est aussitôt suturé.

Hystérectomie sub-totale par le procédé classique. Mickulicz.

Bonnes suites opératoires, sans l'occlusion qui s'installe, rebelle et qui oblige à une iléostomie, Schleich.

Mort quelques heures après l'intervention.

Observation XI

Femme, kyste de l'ovaire infecté. Hystérectomie. Suppuration pariétale; granulations tuberculeuses, fistulisation accidentelle du grêle, persistant sans accident grave pendant 15 mois, quatre tentatives de fermeture, la dernière seule est heureuse. Se maintient depuis un mois. Guérison.

(Nous ne signalons cette observation, bien qu'elle ne fasse pas partie des iléostomies pour occlusion et qu'il y ait eu fistulisation spontanée par lésion tuberculeuse, uniquement à cause de la longue durée de la tolérance de la fistule que la radiographie a montré haute située sur le grêle, à environ 60 cm. de son origine et de la possibilité de la fermeture malgré quelques échecs).

Mme Dub., entre le 31 juillet 1933, pour kyste de l'ovaire à pédicule probablement tordu et en voie de sphacèle.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A gauche, ablation d'un kyste du volume d'une tête d'enfant, à droite, petit kyste. Hystérectomie sub-totale. Drain.

Suites opératoires longues et pénibles; elle quitte le service; le 23 septembre, elle rentre pour suppuration des cicatrices.

La laparotomie montre que le foyer suppuré est entouré de granulations tuberculeuses.

Peu après, spontanément, sur la ligne médiane, une fistule du grêle apparaît.

Au mois de novembre, une laparotomie latérale pratiquée dans le but de guérir la fistule par dérivation, montre qu'en aucun point n'existe d'intestin libre et la tentative est abandonnée (Docteur Ockinczyc).

La malade rentre chez elle, et vit avec la fistule, dont l'écoulement persiste très abondant.

Cette fistule paraît assez haut située sur le grêle et l'acidité des liquides retarde la cicatrisation et nécessite une protection constante.

La malade arrive à se protéger en pratiquant, à certaines heures, après les repas, avec une seringue de Carrel, le liquide intestinal au fur et à mesure de son issue.

Il y a de temps à autre des selles rectales, et, en outre, il existe une fistule vaginale, qui donne issue par période à des écoulements de matières fécales.

Le 13 janvier 1935, c'est-à-dire quinze mois après le début de la fistule, à la demande de la malade, on tente la fermeture de la fistule en agissant directement sur elle.

Les bords muqueux sont suturés avec des crins dont les nœuds sont faits à l'intérieur de la cavité.

D'autres crins suturent les bords cicatriciels après recherche du tissu aponévrotique de la gaine des droits ; crins perdus.

La peau est suturée aux crins.

Pendant quelques jours, succès apparent, puis huit jours après, écoulement à la fois par un petit pertuis pariétal et par la fistule vaginale.

La malade rentre chez elle désespérée.

Huit jours après, la fistule se ferme à nouveau pour se rouvrir encore quinze jours après pendant huit jours.

Elle se ferme ensuite définitivement, semble-t-il, puisque depuis le 15 mars le résultat reste parfait.

Observation XII

Femme 27 ans, occlusion au sixième jour, vomissement fécaloïdes mais bon état général. Libération d'adhérences. Résection des 15 cm. Iléostomie par laparotomie médiane. Schleich. Tentative de fermeture malheureuse, le neuvième jour. Fermeture spontanée un mois après. Guérison.

Mme. Tar., 27 ans, sans profession, entre dans le service le 8 juillet 1931, pour occlusion, remontant à six jours, vomissements abondants, fécaloïdes avec ventre souple non distendu, bon poulx, pas de température.

Elle suit un traitement anti-syphilitique ; elle présente, en outre des lésions nettes de tuberculose pulmonaire, qui nécessitèrent un séjour en sanatorium.

Trois ans auparavant, elle a subi une hystérectomie sub-totale pour salpingite bilatérale.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Schleich. Distension du grêle sauf à la portion terminale. Adhérences très étendues du grêle au sigmoïde, (face antérieure) et au fond du Douglas sur 15 cm. environ. Libération des adhérences ; résection des 15 cm. de grêle adhérents, que le décollement déchira, malgré toute la prudence possible. Abouchement à la peau. Péritonisation de toute la surface cruentée pelvienne et sigmoïdienne. Drain et Mickulicz.

Amélioration progressive, bien que, par la fistule, sorte un liquide extrêmement abondant et irritant. Pas de dénutrition. Au contraire, la malade se remonte peu à peu.

Fermeture de la fistule le 18 juillet et reconstitution de la paroi en un plan.

La fermeture ne tient pas, la fistule se rétablit, coulant aussi abondamment que par le passé. Rien à l'anus. Le suintement pelvien se prolonge.

Mais peu à peu, peut-être à la faveur d'ingestion de pain de son la fistule se ferme spontanément le 15 août.

La guérison est complète au 1^{er} septembre ; elle quitte le service le 14 septembre, en parfait état.

Depuis cette époque, le résultat se maintient très satisfaisant, la malade a repris son activité première, et ne manque pas tous les ans d'envoyer de ses nouvelles.

Observation XIII

Femme, péritonite généralisée par sphacèle et infection. kyste de l'ovaire gauche. Ablation. Occlusion persistante, le quatrième jour. Iléostomie. Cédation rapide des signes occlusifs. Fermeture de la fistule le quatrième jour. Guérison.

Mme Ro., entre le 29 novembre 1928, pour péritonite

généralisée, secondaire à une torsion de kyste de l'ovaire gauche.

Début le 20 novembre, un mois après un accouchement suivi de scarlatine puerpérale avec néphrite scarlatineuse.

Température à 40° depuis trois jours.

Tuméfaction du Douglas arrondie, lisse, remontant sous la pression paraissant être un kyste de l'ovaire gauche.

Le 28 novembre, péritonite généralisée ; ballonnement, tension de l'abdomen, pouls rapide, vomissements, arrêt des matières et des gaz.

Schleich. Laparotomie médiane, il s'agit d'un kyste de l'ovaire gauche du volume des deux poings en voie de sphacèle et suppuré. Ablation. Mickulicz.

Le surlendemain, vomissements, lavage d'estomac. Apparition des signes persistants occlusifs.

Iléostomie le 3 décembre. Schleich.

Disparition rapide de l'occlusion, le retour du transit permet l'ablation de la sonde et la fermeture de la fistule, le 7 décembre.

Réfection pariétale en un plan. La malade quitte le service le 31 décembre, guérie.

En 1932, une large éventration nécessita une réfection pariétale, au cours de laquelle l'examen ne révéla aucune lésion particulière en dehors de la persistance de nombreuses adhérences.

Le 23 mars 1934, elle nous revient pour occlusion intestinale avec obstacle probable sur le sigmoïde, par péricolite secondaire à une salpingite gauche avec phlegmon.

Laparotomie. Schleich. Enorme distension de la totalité du colon due à un rétrécissement inflammatoire du sigmoïde plaqué et adhérent à la face postérieure de l'utérus et de la trompe gauche. Dans les adhérences, abcès. Salpingite gauche, et extériorisation de tout le segment rétréci du sigmoïde avec adossement en canon de fusil. Drain et Mickulicz.

Quelques jours après, résection du segment sigmoïdien

extériorisé dont la lumière laisse à peine passer un crayon.

Le 6 avril, vomissements et signes d'occlusion.

Le 7 avril, réintervention, par voie médiane, à droite de l'anse extériorisée, Schleich. Libération d'adhérences entre le grêle et le sigmoïde ; iléostomie.

Quatre jours après, la sonde tombe d'elle-même et la fermeture de la fistule se produit spontanément.

Le 6 juillet, on libère les adhérences au niveau de la fistulisation, péritonisation. Libération du gros intestin et anastomose termino-terminale.

Aucun trouble intestinal depuis cette époque.

Voici donc une femme à laquelle l'iléostomie secondaire, en 1928 et en 1934, a sauvé deux fois la vie.

Observation XIV

Femme, 29 ans, hystérectomie pour hématocele. Grippe. Eventration, au douzième jour. Réfection pariétale. Occlusion progressive et rebelle. Iléostomie, le sixième jour. Mort à la quarante huitième heure.

Mme Tar., 29 ans, entre le 1^{er} décembre 1930, pour grossesse tubaire rompue avec hématocele.

Schleich. Laparotomie médiane. Adhérences recto-sigmoïdiennes, masquant un amas de caillots au milieu duquel se trouve la trompe gauche, adhérente à la face antérieure de l'utérus. Hystérectomie par le procédé classique.

Grippe quatre jours après l'intervention.

Eventration le douzième jour.

12 juillet, réintégration de l'intestin après lavage de l'intestin à l'éther, mèche et drain ; fermeture en un plan aux crins.

19 juillet, occlusion sur le grêle, nécessitant une iléostomie à la partie supérieure de l'incision. Schleich.

Mort le 20 décembre.

Observation XV

Femme. hystérectomie sub-totale pour fibrome et kyste de l'ovaire. Occlusion au dixième jour. Section de brides après laparotomie. Schleich. Persistance de l'occlusion. Mac-Burney. Iléostomie, fermeture le septième jour. Guérison.

Mme Pes., entre le 30 octobre 1927, pour fibrome utérin et kyste de l'ovaire droit.

Hystérectomie sub-totale. L'utérus était poly-fibromateux ; le kyste de l'ovaire adhérait dans le fond du Douglas.

Huit jours après ; occlusion.

Schleich. Laparotomie médiane, le 11 novembre. Adhérences épiploïques récentes à la zone cuentée. Section de brides. Fermeture de la paroi. Persistance de l'occlusion.

Iléostomie sur la première anse grêle, par Mac-Burney, le 13 novembre.

Très rapide amélioration et cédation complète de l'occlusion.

Sortie le 11 décembre, entièrement guérie.

Observation XVI

Femme de 80 ans, entre pour une hernie crurale étranglée à la quarante-huitième heure, très mauvais état général.

Sphacèle intestinal, résection. On introduit deux boutons de Murphy dans les deux segments intestinaux, à environ 6 cm de leurs extrémités réséquées ; ces anses en canon de fusil adossées sont réintégrées, les orifices émergeant à la peau avec un drain dans le segment proximal dépassant en bas le bouton de Murphy, l'orifice distal suturé en bourse.

Quelques jours plus tard, le drain est enlevé et le bout proximal se ferme spontanément.

Huit jours après, libération de la portion intestinale adhérente aux téguments et réfection pariétale.

Guérison.

Observation XVII

Homme 29 ans, suture du mésentère pour déchirure après contusion. Occlusion au troisième jour. Schleich ; laparotomie droite. Iléostomie. Mort 24 h. après.

M. Ram., électricien 29 ans, entre le 12 décembre 1929 pour contusions multiples, peut-être perforation de viscère creux.

Schleich. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il existe deux déchirures du mésentère sans perforation, suture simple.

L'état s'aggrave, une occlusion s'installe, cependant que le ventre devient plus résistant puis se ballonne.

Iléostomie le 15 décembre. Drain dans le Douglas.

Mort 24 h. après.

Observation XVIII

Occlusion au huitième jour, chez un homme de 32 ans, pouls à 122, par étranglement dans un dédoublement du mésentère. Iléostomie. Mort à la trente-sixième heure.

M. Krav., entre le 9 janvier 1935, pour occlusion, avec arrêt des matières et des gaz, quelques vomissements. Polonais, il a continué de travailler, ressentant de temps à autres quelques petites coliques. Gêné par la distension abdominale, il s'est décidé à venir à l'hôpital.

Etat général très grave, pouls petit, rapide, à 122, langue rôtie, faciès tiré anxieux ; sueurs froides. Pas de localisation possible cliniquement. Le toucher rectal est négatif.

Schleich. Après laparotomie médiane, on trouve une poche occupant les deux tiers inférieurs de l'abdomen, formé de deux couches, la plus profonde vascularisée à travers laquelle on devine le grêle et constituant un sac dont les zones d'insertion postérieures sont imprécises avec orifice d'entrée en haut et à droite et orifice de sortie

adhérent à l'iléon à 8 cm. du cœcum. Ouverture du sac, issue des anses grêles dilatées; l'agent de sténose est une bride mésentérique par torsion sur la partie terminale de l'iléon. Extériorisation du grêle; tentative de détorsion. Evacuation de l'intestin par aspiration, et iléostomie. Fermeture de la plaie aux crins.

Le lendemain, la température montre à 39°5 le poulx passe à 140, la sonde donne abondamment; des vomissements apparaissent, le poulx devient de plus en plus petit et le malade cyanosé à l'extrême, couvert de sueurs froides, avec des plaques de lividité cadavérique, meurt à la trente-sixième heure.

Observation XIX

Homme 67 ans, volvulus du grêle, occlusion au troisième jour. Détorsion, sous anesthésie au Schleich. Iléostomie. Fermeture de la fistule le vingtième jour. Guérison.

M. Bla., papetier, 67 ans, entre le 31 octobre 1930, pour occlusion au troisième jour.

Schleich. Laparotomie médiane. Il s'agit d'un volvulus du grêle, qui est noirâtre, distendu.

Détorsion. Iléostomie au niveau de la partie distale de l'anse distendue. Amélioration rapide. Le 20 novembre, on tente la fermeture de la fistule, et le 11 décembre le malade quitte le service, guéri.

Observation XX

Femme 47 ans, occlusion au septième jour par volvulus du grêle, iléostomie, résection, entéro-anastomose. Fermeture spontanée au dix-septième jour. Guérison.

Mme Fri., 47 ans, entre le 17 mai 1927, pour occlusion remontant à sept jours.

Schleich. Laparotomie gauche. Le grêle est distendu, noirâtre en son milieu, en voie de sphacèle, tordu sur son axe par volvulus.

Ilostomie au-dessus de la torsion. Résection de la partie sphacélée et anastomose latéro-latérale.

La fistule se ferme spontanément au vingtième jour, le 1^{er} juin et le 11, la malade quitte le service guérie.

Observation XXI

Femme 65 ans, occlusion au 6^e jour, infarctus haut situé du jéjunum. Résection. Iléostomie. Mort 48 h. après.

Mme Ven., 65 ans, entre le 12 septembre 1934.

Occlusion intestinale remontant à six jours, ballonnement progressif, vomissements fécaloïdes; mâtité du flanc gauche; bruit de clapotage.

Schleich. Laparotomie médiane; distension du grêle qui est violacé à partir de l'angle duodéno-jéjunal sur une longueur de 40 cm. mésentère épaissi; infarctus. Aucun signe de striction. Iléostomie.

Après une courte amélioration, aggravation brusque et mort le 14 septembre.

Observation XXII

Homme 22 ans, occlusion à la 56^e h.; six mois avant, résection intestinale pour plaie pénétrante de l'abdomen avec perforation. Libération d'adhérences, iléostomie. Schleich. Fermeture de la fistule huit jours après. Guérison.

M. Hou., 22 ans, boulanger, entre le 28 novembre 1929, pour occlusion à la 56^e h.

Le 28 mai, on avait resséqué 20 cm. environ de grêles qui présentaient cinq perforations secondaires à une plaie pénétrante de la fosse iliaque gauche par arme blanche; on lui fit alors une ileo-cœcostomie.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les anses grêles sont tuméfiées, congestionnées et le segment juxta-cœcal est vide et normal d'aspect. Il existe une torsion au niveau de la cicatrice de la première opération (Probablement. orifice de drainage). Libération des adhérences. Iléostomie.

Les signes d'occlusion disparaissent peu à peu.

Huit jours après, le 6 décembre, on libère de nombreuses adhérences qui encadrent l'abouchement. Fermeture de la fistule.

La suture se maintient et la malade sort le 18 décembre sa fistule fermée.

Observation XXIII

Ablation d'une métastase cutanée d'un cancer du colon extirpé un an avant ; cinq jours après occlusion. Iléostomie par incision de Mac-Burney. Schleich. Dénutrition. Fermeture de la fistule trois jours après. Mort le lendemain.

M. Lo., sans profession, entre le 2 juillet 1931, pour métastase cutanée d'un cancer du colon ascendant extirpé le 4 août 1930.

Section à distance des lésions cutanées jusqu'à des adhérences avec l'extrémité colique, au niveau de l'anastomose iléo-colique, pratiquée lors de la précédente intervention. Réfection pariétale.

Les suites opératoires seraient bonnes, s'il n'était apparu cinq jours auparavant une occlusion, obligeant le 9 juillet, à une iléostomie par incision de Mac-Burney, et anesthésie générale au Schleich.

Par suite de l'intervention, l'occlusion cesse rapidement, mais la dénutrition s'accroissant, on tente la fermeture le 11 juillet, trois jours après l'iléostomie.

Le malade meurt le lendemain dans le collapsus.

Observation XXIV

Homme 76 ans, occlusion à la 50^e h., treize mois avant anus iliaque, pour occlusion par cancer du rectum. Schleich. Laparotomie médiane; libération d'adhérences, entéro-anastomose, iléostomie. Fermeture spontanée vingt jours après. Survie de deux mois, guérie de son occlusion.

M. Dri., 76 ans, entre pour tumeur recto-sigmoïdienne, ayant nécessité, au mois d'août 1933, un anus iliaque. Actuellement, 6 juillet 1934, occlusion sur le grêle. Début des accidents, il y a une cinquantaine d'heures. Etat général mauvais. Pouls petit, faible.

Schleich. Laparotomie médiane. Adhérences intimes du grêle avec la tumeur recto-sigmoïdienne et cœdure à ce niveau.

Iléostomie sur la partie proximale, entéro-anastomose latéro-latérale, unissant les segments libres de l'intestin.

Amélioration rapide, dès le troisième jour, selles par son anus iliaque, la sécrétion du grêle se tarit peu à peu et le vingtième jour, la fistule se ferme spontanément.

Survie de deux mois.

Observation XXV

Homme 65 ans, occlusion au huitième jour. Schleich. Laparotomie droite; cancer du rectum, adhérences lâches. Libération. Iléostomie. Amélioration. Mort quinze jours après.

M. Gau., journalier, 65 ans, entre le 4 août 1927, pour occlusion au huitième jour, vomissements fécaloïdes. Au toucher rectal, cancer du rectum. Enorme distension abdominale.

Schleich. Laparotomie droite, ascite discrète, grêle congestionné, cœcum vide. Adhérences lâches vers la ligne médiane, cœdure du grêle, granulations cancéreuses. Iléostomie.

Les vomissements cessent, la fistule donne abondamment, mais l'état général ne s'améliore pas ; il prend un teint jaune paille de plus en plus marqué. Mort quinze jours après. Généralisation cancéreuse probable.

Observation XXVI

Homme 54 ans, occlusion à la 56^e h. Anesthésie locale. Laparotomie droite. Section de brides. Iléostomie. Anus iliaque gauche, seize jours après, la laparotomie montre un cancer sigmoïdien. Fermeture de la fistule iléale spontanée, un mois après l'anus. Guérison.

M. Armand Pr., 54 ans, jardinier, entre le 8 avril 1922 pour occlusion intestinale à la 56^e h. Enorme distension abdominale, état général alarmant.

Anesthésie locale. Nombreuses brides que l'on sectionne. Le cœcum est vide. Iléostomie.

Amélioration très rapide, l'état général étant satisfaisant on tente la recherche de la cause de l'occlusion, le 24 avril.

Schleich. Laparotomie médiane. Le colon ascendant est extrêmement distendu des dimensions d'un estomac. Il existe à la partie terminale du sigmoïde un petit cancer annulaire et nodulaire.

Vu l'état général du patient, qui, quoique très amélioré est loin d'être brillant, vu la distension colique qui gênerait notablement les sutures, l'exérèse est jugée trop aléatoire et abandonnée. Anus iliaque gauche.

La fistule du grêle que l'on avait négligé lors de la dernière intervention s'est fermée spontanément un mois après l'établissement de l'anus iliaque ; mais, éventration, que l'on traite le 17 juin par une suture simple au fil de bronze.

La suture tient bien. Le malade quitte l'hôpital le 16 juillet guéri de son occlusion.

Observation XXVII

Femme 47 ans. Occlusion au deuxième jour, bon état général par adhérences, au niveau d'une recto-colostomie pour cancer du sigmoïde, il y a un an. Cœcostomie. Persistance de l'occlusion. Résection et entéro-anastomose, sept jours après. Pas de changement. Iléostomie à la Wirtzel, le lendemain. Amélioration. Survie de 35 jours.

Mme Mal., 47 ans entre le 27 janvier 1935, pour occlusion remontant à 48 h., arrêt des matières et des gaz, vomissements fréquents. Douleurs dans la fosse iliaque gauche sans irradiation. Le toucher rectal est négatif.

En janvier 1934, il y a un an, elle avait déjà présenté une occlusion par cancer annulaire du sigmoïde (partie inférieure) traitée par un anus iliaque gauche, suivi un mois après d'une exérèse, suivie un mois après d'une anastomose termino-terminale. Suites parfaites. Jamais aucun trouble jusque là ; garde-robe régulière.

Le jour même de son entrée, pensant à une récurrence possible au niveau de son anastomose, bien que les suites aient été parfaites, ou encore à de simples adhérences par réaction inflammatoire au niveau des sutures, on pratique une laparotomie gauche sous anesthésie générale au Schleich.

Tentative de sigmoïdostomie ; on tombe sur une telle zone d'adhérences, impossibles à libérer ; déchirure du grêle fortuite. L'anse était moyennement pleine. Suture immédiate. On se porte alors à droite et on termine par une cœcostomie.

La suture ne tient pas, il sort peu de liquide par la cœcostomie. La température oscille autour de 38°, le pouls autour de 80. Les vomissements s'espacent.

Le 4 février, sept jours après cette intervention, sous anesthésie générale. Laparotomie médiane. Très nombreuses adhérences au niveau de la recto-colostomie. Résection de 20 cm. de grêle déchiré au cours de la tentative de libération. Entéro-anastomose au bouton de Murphy.

Les vomissements persistent de plus en plus rapprochés, le ballonnement abdominal va augmentant. La malade anxieuse implore un soulagement à ses maux ; des coliques violentes lui arrachent des cris. On sent nettement une anse intestinale qui se tend sur la ligne médiane, au niveau de la laparotomie.

On décide donc de réintervenir, le lendemain 5 février, sous anesthésie locale. Iléostomie à la Wirtzel, sur l'anse sus-jacente à l'entéro-anastomose.

Très rapide cédation des signes occlusifs. Les vomissements disparaissent et surtout ces désespérantes et pénibles coliques. Le poulx fait de grandes oscillations montant jusqu'à 120, cependant que la température se normalise. Les urines deviennent plus abondantes. La sonde cœcale ne donne pas du tout. La fistule coule abondamment. Grâce à des pansements fréquemment renouvelés avec de l'ouate Hellos et du cérat à l'oxyde de zinc la peau ne s'abîme pas beaucoup. Sérum glucosé et insuline, 20 unités par jour.

La malade s'agite le surlendemain et fait sortir sa sonde. Très facilement et sans douleur on parvient à la remettre, mais malheureusement les points enfouisseurs au fil de lin coupent ; l'anse se fistulise en pomme d'arrosoir, rendant la sonde complètement inutile. Comme il était apparu quelques matières par la cœcostomie, on attend une fermeture spontanée.

Toutefois le seizième jour, 21 février, celle-ci est jugée trop aléatoire, les pansements fréquents fatiguent la malade. On tente une fermeture extra-péritonéale à l'anesthésie locale.

Échec complet. Les choses restent en l'état, semblant plutôt évoluer vers une amélioration. La radiographie avait montré un gros intestin entièrement perméable, le lavement baryté injectait bien tout le cadre colique.

Brusquement, quatorze jours après cette intervention, 35 après la première, la malade meurt dans le collapsus.

Observation XXVIII

Femme 70 ans, occlusion aiguë, après cure radicale d'une hernie ombilicale étranglée depuis trois jours. Iléostomie. Survie de cinq jours.

Mme Her., sans profession, âgée de 70 ans, entre le 10 novembre 1927 pour hernie ombilicale étranglée depuis trois jours. Mauvais état général.

Cure radicale de la hernie aux crins de Florence. Le sac est très enflammé, contenant un peu de liquide citrin. Les anses grêles sont également irritées. Nettoyage à l'éther.

Le ventre se durcit, shock marqué, vomissements, arrêt des matières et des gaz ; température à 38°.

Le soir même, devant cet état alarmant, réouverture, par laparotomie de hernie. Iléostomie, drain et mèche.

Courte amélioration. Bientôt, la malade résite de moins en moins et la mort survient le 17 novembre à 17 h. 30, dans l'adynamie et le collapsus.

Observation XXIX

Homme, 67 ans, occlusion au huitième jour, par étranglement au niveau d'une éventration sus-pubienne, secondaire à une incision de cystostomie. Locale. Résection de 10 cm. de grêle entièrement sphacélé. Iléostomie. Mort quelques heures après.

M. Léon Sp., garde-champêtre, âgé de 67 ans, entre le 6 janvier 1934, pour occlusion intestinale aiguë avec vomissements fécaloïdes remontant à huit jours. L'obstacle siège certainement au niveau d'une éventration sus-pubienne, secondaire à une incision pour cystostomie. Sueurs froides, pouls incomptable. Obnubilation. Sphacèle et gangrène de la paroi.

A l'anesthésie locale, excision au thermo-cautère de toute la partie sphacélée de la paroi.

La poche de l'éventration contient une anse grêle qui est, elle aussi, noirâtre, gangrenée, s'effritant, dès qu'on y touche. Résection sur environ 10 cm. Abouchement à la peau.

Vomissements fécaloïdes de plus en plus fréquents, souillant les champs.

Mort quelques heures après.

Observation XXX

Enfant de 10 ans, occlusion au cinquième jour. Appendicectomie antérieure. Hernie dans une fossette latéro-cæcale interne. Schleich. Laparotomie droite. Section de brides et libération d'adhérences. Occlusion persistante trois jours après iléostomie. Mort le lendemain.

L'enfant G., 10 ans est amené le 4 juin 1934, pour occlusion au cinquième jour. Début, le 31 mai par douleurs dans la fosse iliaque droite, vomissements puis accalmie. Rechute le 3 juin, vomissements abondants, sans arrêt complet des matières et des gaz. Tuméfaction rétro-ombilicale douloureuse par intermittence. Durcissement alors. Appendicectomie antérieure.

Anesthésie générale au Schleich. Laparotomie latérale droite; anses grêles dilatées; brides reliant deux anses et cravate épiploïque dont l'extrémité épaissie et lardacée enflammée a subi un étranglement dans une fossette latéro-cæcale interne. Section et libération.

Quatre jours après, nouvelle crise d'occlusion, une nouvelle bride épiploïque s'étant constituée est sectionnée.

Les accidents d'occlusion persistant, le 11 juin, le malade présentant un énorme ballonnement abdominal subit une nouvelle intervention.

Iléostomie qui ne l'empêche pas de mourir le lendemain.

Observation XXXI

Femme 68 ans, occlusion au cinquième jour, par adhérences probables au niveau de l'anneau inguinal profond. Cure radicale de sa hernie inguinale droite, il y a un an. Schleich. Laparotomie droite. Libération d'adhérences. Iléostomie. 4 jours après, tentative de fermeture. Libération résection de 10 cm. de grêle; entéro-anastomose. Mort onze jours après la seconde intervention par péritonite. Survie de 37 jours.

Mme Ric., 68 ans entre le 28 juillet 1934, pour occlusion intestinale au cinquième jour par adhérences probables au niveau de l'anneau inguinal profond. Cure radicale de sa hernie inguinale droite le 12 août 1933.

Schleich. Laparotomie médiane. Anses grêles très distendues, obstacles par torsion au niveau des adhérences pariétales. Libération. Iléostomie.

La sonde est enlevée au bout de quatre jours, l'amélioration étant jugée suffisante et le transit normal paraît rétabli.

Le 2 juillet, essai de libération de la fistule inguinale à laquelle adhèrent le sigmoïde et l'anse grêle iléostomisée. Libération difficile résection de 10 cm. environ. Anastomose termino-terminale. Le sigmoïde ayant été déchiré en libérant les adhérences est également réséqué sur 10 cm. environ. Anastomose termino-terminale. Mort par péritonite 37 jours après l'intervention, onze jours après la dernière tentative probablement par sphacèle au niveau d'une des sutures, ou par ensemencement de la grande cavité au cours d'une des manœuvres.

Observation XXXII

Homme 78 ans, occlusion au troisième jour, mauvais état général. Schleich. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Hernie de Treitz étranglée. Libération. Iléostomie. Survie de 48 h.

M. Her., ajusteur âgé de 78 ans, entre le 25 mars 1935 pour occlusion avec vomissements fécaloïdes remontant à trois jours. Etat général mauvais.

Schleich. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Etranglement au niveau d'une fossette duodénale. Iléostomie de l'anse sus-jacente. Libération, l'anse étranglée revenant bien sous l'action du sérum chaud ; pas de résection.

Aggravation progressive. Mort 48 h. après.

Observation XXXIII

Homme 42 ans, occlusion à la huitième heure. Etranglement dans une fossette rétro-cœcale. Libération sous Schleich. Shock. Iléostomie 24 h. après. Amélioration rapide. Fermeture de la bouche le seizième jour. Guérison.

M. Jean Kow., âgé de 42 ans, entre le 6 juillet 1927, pour occlusion ayant débuté le matin à deux heures. Pas de vomissements, ventre souple se tendant par intermittence, douleurs diffuses surtout juxta-ombilicale droite.

Huit heures après le début des accidents, intervention sous-anesthésie générale au Schleich. Laparotomie médiane sous-ombilicale ; les anses grêles sont légèrement distendues et congestionnées. Le grêle disparaît sous le cœcum probablement dans une fossette rétro-cœcale. En amont de l'obstacle, les anses sont agglutinées par de récentes adhérences. Libération. Appendicectomie. (Il se présentait, il était d'ailleurs sain).

Tout semblait s'améliorer et devoir rentrer dans l'ordre lorsque un shock marqué apparaît avec réapparition des signes occlusifs, forçant à réintervenir.

Schleich. Laparotomie. Liquide ; anses distendues congestionnées avec adhérences des anses entre elles. Iléostomie à 30 cm. environ en amont du cœcum.

Disparition progressive des signes d'occlusion, rétablissement simultané du transit intestinal normal, cependant que la quantité de liquide émis par la fistule diminuait.

Tentative de fermeture, le 24 juillet.

Le malade quitte le service le 1^{er} septembre, la fistule fermée, guéri.

Observation XXXIV

Femme 61 ans, occlusion au cinquième jour siégeant sur le jéjunum. Schleich. Laparotomie. Pas d'amélioration. Réintervention deux jours après, libération d'adhérences. Mort le lendemain.

Mme X., 61 ans, constipée chronique entre le 12 septembre 1934.

Le 7 septembre, elle a été prise de violentes coliques abdominales sans localisation plus précise, alors qu'elle était en villégiature à La Ciotat.

Le 8, elle revient à Essonnes. Les coliques se sont atténuées mais le ventre est ballonné; toutefois garde-robes.

Le 9, arrêt des matières mais persistance de quelques gaz.

Le 10 et le 11, ventre ballonné, des coliques par périodes.

Le 12 au matin, vomissements fécaloïdes (environ 300 gr.) jour de son entrée.

A l'examen le ventre est uniformément ballonné avec prédominance dans le flanc gauche. Clapotage à ce niveau. Pas de péristaltisme; rares bruits hydro-aériques. Clapotage s'étendant à la région sous-ombilicale. Mâtié dans le flanc gauche, sonorité du cadre colique.

Le toucher vaginal ne nous donne aucun renseignement.

Etant donné la lenteur de l'évolution, la persistance de quelques gaz, on pense à une obstruction du gros intestin.

Schleich. Laparotomie gauche. Rien au gros intestin. Grêle très distendu, violacé surtout dans sa partie haute; il semble que la dilatation ait son maximum au niveau de l'angle duodéno-jéjunal distendu sur 50 cm., puis anses normales. Iléostomie, évacuation par pression.

Aucune amélioration ne survient. L'obstacle n'a été ni trouvé ni levé.

14 septembre, deux jours après réintervention.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale, on retrouve atténuée la distension de la première portion de l'iléon et du jéjunum. Quelques adhérences lâches qui sont facilement libérées.

Evacuation par pression pour faciliter la réintégration. Les anses sont badigeonnées d'huile gomménolée, drain dans la partie inférieure de la plaie.

Mort le lendemain.

Observation XXXV

Femme. Occlusion par péritonite généralisée remontant à trois jours. Appendicectomie et cholécystectomie antérieure T. V., négatif. Schleich. Mickulicz, drain, occlusion persiste trois jours après. Itéostomie. Tentative de fermeture le sixième jour malheureuse, survie.

Mme. P., entre le 30 novembre 1934, pour péritonite généralisée. Elle a été opérée antérieurement pour appendicite, puis pour cholécystite; toucher vaginal négatif. Début des accidents le 27 novembre par vomissements, douleurs, température.

Schleich. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Liquide purulent, abondant sous-méso-colique et pelvien. Pas de lésions génitales. Mickulicz et drain.

Les jours suivants crises très douloureuses, bien que le pouls soit à 88; absence totale de matières et de gaz.

Trois jours après, réintervention. Schleich. Laparotomie médiane. Les anses grêles vides, le gros intestin ballonné; nettoyage du grêle qui est couvert de fausses membranes et badigeonnage à l'huile gomménolée.

Par précaution, iléostomie très près de la valvule iléo-cœcale.

Dès le lendemain, amélioration qui se continue les jours suivants. Devant ces résultats encourageants, on décide la fermeture précoce de la fistule six jours après,

Les résultats sont négatifs et un nouvel essai, quelques jours plus tard ne fut pas plus heureux.

Le bon résultat obtenu dans un autre cas par la cure tardive fait conseiller d'attendre la cicatrisation pariétale avant de tenter la cure de la fistule.

Actuellement, 15 avril 1935, un écoulement abondant existe par la fistule mais s'accompagnant également de gardes robes normales.

Observation XXXVI

M. Riv., 24 ans, maçon, entre le 15 mai 1929 pour coliques néphrétiques lui aurait dit son médecin. En réalité, il s'agit d'une péritonite généralisée au cinquième jour.

Schleich. Laparotomie médiane. Liquide purulent fétide. Iléostomie, sur la première anse grêle. On ne trouve pas la cause de la péritonite. Drainage.

Mort le lendemain.

Observation XXXVII

M. Bar., sandalier, 50 ans, entre le 13 mai 1928, pour occlusion dont le début remonte à dix jours. L'abdomen est généralement tendu. Arrêt des matières et des gaz, vomissements.

Arrêt du lavement baryté au niveau de la partie supérieure du sigmoïde, siège probable d'un cancer, cause des accidents occlusifs.

Schleich. Laparotomie médiane. Les anses grêles sont tellement dilatées. Le cœcum est vide. Iléostomie.

Après cédation passagère de l'occlusion, mort seize jours après.

Observation XXXVIII

M. Bri., mécanicien, 51 ans entre le 10 juillet 1930, pour occlusion dont le début remonte à quatre jours.

Anesthésie générale au Schleich. Laparotomie médiane. Les anses grêles sont dilatées avec fausses membranes. Il s'agit d'un étranglement par bride. Cette bride est constituée par le diverticule de Meckel dont l'extrémité adhère au mésentère, et est en voie de sphacèle. Iléostomie.

Survie de deux jours.

Observation XXXIX

M. Op. de B., dessinateur, 54 ans, entre le 9 octobre 1925, pour occlusion, à la quarante-huitième heure. Rares vomissements, douleurs atroces. Pas de ballonnement, pouls incomptable ;

A l'entrée vomissements fécaloïdes.

Schleich. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le gros intestin est vide, par de volvulus, pas de péritonite. Nulle part on ne trouve d'obstacle. Iléostomie basse.

Amélioration progressive douze jours après, le 21 octobre on tente la fermeture de la fistule.

La suture tient et le 17 novembre le malade sort entièrement guéri.

CHAPITRE VII

RESULTATS

La plupart de ces iléostomies ont été pratiquées à l'anesthésie générale au mélange de Schleich, puisque sur 39 cas l'anesthésie locale ne fut employée que 4 fois seulement, le plus souvent pour des occlusions dont le début remonte à plus de cinq jours.

75 % des cas ont été vus après la soixante-douzième heure.

Nous avons un succès global de 18 cas soit 46,15 %, une mortalité globale de 43,59 %.

Nous avons 5 échecs partiels dont un décès au 35^e jour par cachexie et collapsus subit.

Sur les 18 guérisons, la fistule s'est fermée spontanément 6 fois : soit dans 33,33 % des cas : une fois le 17^e jour, une fois le 4^e, une le 20^e, une le 21^e, une après le 30^e et une fois spontanément 20 jours après une tentative malheureuse.

C'est dans des délais identiques que nous avons tenté la fermeture opératoire.

L'incision médiane fut le plus souvent pratiquée. L'incision latérale droite est réservée aux cas ultimes pour pouvoir drainer le plus bas possible et aux occlusions post-opératoires.

Exceptionnellement, nous nous sommes dispensé de la laparotomie large en dehors des cas post-opératoires ; toutes les fois pour des occlusions dont le début remontant à huit jours ou au-dessus, avec très mauvais état général : tous ont péri. L'iléostomie primitive et isolée n'a donc été réservée qu'aux cas *in extremis*.

Le plus souvent, elle a été complémentaire d'une détorsion de volvulus, d'une résection intestinale, d'une entéro-anastomose...

Encore plus fréquemment, elle fut secondaire : 7 fois après appendicite, 5 fois après intervention sur le petit bassin.

Comparons ces chiffres avec ceux d'autres auteurs, ils sont sensiblement les mêmes.

Gibson sur 1.000 cas rapporte 43 % de mortalité.

Van Beuren, sur 1.089 cas, 41,08 %.

Miller C. 24 % dans les 12 premières heures ;

52,9 % de 24 à 48 heures ;

84 % au-delà de 96 heures.

I. Jack Vidgoff, étudiant la statistique du Los Angeles County Hospital rapporte une mortalité globale de 51,48 % sur 218 cas, 44 entérostomies fu-

rent pratiquées avec 33 morts, soit 75 % de mortalité.

Plus intéressante et rationnelle est la statistique de F.T. Van Beuren de New-York : sur 108 cas opérés de 1924 à 1927 avec 60 morts, 44,4 %.

75 cas furent traités par l'entérostomie avec une mortalité de 53 %, 33 non traités par l'entérostomie avec une mortalité de 24, 4 %.

Mais l'auteur a ajouté un correctif : 73 % de cas tardifs, c'est-à-dire après quarante-huit heures ; dans l'autre groupe 33 %.

Après comparaison avec la statistique du même Hôpital de 1916 à 1924, l'auteur conclut à la valeur importante de l'entérostomie dans le traitement de l'iléus aigu.

A. Harada, étudiant 107 cas opérés ces vingt dernières années à la Clinique Chirurgicale du Professeur Miyake, (Université de Kyrskn) relève une mortalité de 50 %.

Plus modeste est notre statistique personnelle, puisqu'elle ne porte que sur 39 cas traités par l'entérostomie. 17 morts soit 43,59 % de mortalité avec 5 succès partiels ; 75 % des cas sont vus après la 72^e heure.

La mortalité est au-dessus de 20 % dans les cas opérés dans les vingt-quatre premières heures, après le début des accidents ; 70 % en cas d'opération dans

la 72^e heure. Même à la fin de la quarante-huitième heure, l'opération ne donne plus que 50 : % de guérison.

L'opération précoce serait à souhaiter et pourtant 33 % des opérés de Van Beuren, dont nous venons de rapporter la statistique se trouvaient dans les premières vingt-quatre heures.

La mortalité pour Flint (chiffre cité par Mondor, 1928) serait le double dans l'occlusion intestinale de la hernie étranglée, de la perforation d'ulcère gastro-duodéal, 22,6 %. Mondor pense qu'il faut attribuer cette différence dans les résultats du traitement de l'occlusion et de la hernie étranglée à la précocité du diagnostic. Les anneaux inguinaux et cruraux sont plus facilement explorables.

CONCLUSIONS

I. L'entérostomie sur le grêle est une intervention courte, peu choquante et rapidement exécutable.

II. Elle peut être :

A. Primitive et isolée :

a. soit que la recherche minutieuse de la cause de l'iléus ait été négative, après laparotomie ;

b. soit que l'état soit trop alarmant pour permettre une thérapeutique plus active et plus rationnelle.

B. Elle peut être primitive mais complémentaire :

a. soit que la cause de l'occlusion ait été trouvée et traitée, mais l'état du patient est sérieux ; *c'est l'entérostomie de sécurité ;*

b. soit au cours d'une intervention pour péritonite suppurée vue tardivement, avec distension très marquée de l'intestin grêle ; la lésion causale a pu être traitée, *c'est l'entérostomie de décharge.*

C. Enfin, elle peut être secondaire post-opératoire :

a. soit, comme traitement du syndrome occlusif du troisième jour, après intervention sur l'abdomen ;

b. soit comme traitement de l'occlusion précoce

du huitième jour, surtout après intervention pour péritonite suppurée, s'accompagnant, si les circonstances le permettent, de libération d'adhérences;

c. soit, quand il apparaît, après levée d'obstacles, des phénomènes de choc.

III. L'entérostomie doit porter sur l'anse sus-jacente à l'obstacle; la technique la meilleure est celle de Wirtzel.

IV. La laparotomie médiane sous-ombilicale est celle qui permet une bonne exploration. Il ne faut réserver la laparotomie latérale droite qu'aux cas ultimes, ou après intervention sur l'abdomen. Il faut toujours passer loin de tout foyer suppuré.

V. L'anesthésie locale ne doit être réservée qu'aux cas avancés. Il faut être prudent dans l'emploi de la rachi-anesthésie. L'anesthésie générale ne semble pas aggraver le pronostic, toutefois, le chloroforme doit être proscrit.

VI. Le gros inconvénient est la persistance de la fistule, dont on devra tenter la cure opératoire, si elle ne s'est pas spontanément fermée.

Vu, le Doyen :
ROUSSY.

Vu, le Président,
MOCQUOT.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABELL. — « Occlusion intestinale aiguë », (XCI, n° 25, déc. 1930, *Journ. of the Med. Amer. Assos.*)
- ARMOUR (J.C.) et OTHERS. — « Studies on high intestinal obstruction; administration of saline and others substances by enterostomy below site of obstruction », (*Brit. Journ. Surg.*, 18; 467-478, 1931).
- ARNAUD. — « Le problème biologique de l'occlusion intestinale (*Sud Médical et Chirurgical*, 15 nov. 1929, p. 2699).
- ARNE (Louis-Pierre). — *De l'occlusion intestinale au cours de l'appendicite*, thèse de Bordeaux, 1908.
- ALEMANN. — « Diagnostic et traitement de l'iléus sub-total intermittent », (p. 331, 14 avr. 1934, *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*).
- ANSCHUTZ. — « Sur l'occlusion », p. 856, juin 1932, *Annals of Durgery*.
- ASTÉRIADES (T.). — « Sur le traitement de l'iléus spasmodique post-opératoire aigu par simple rachi-anesthésie », (*Presse Médicale*, Paris, XXXIII, n° 88, 4 nov. 1925).
- BOJWITCH (V.). — « Traitement des occlusions intestinales post-opératoires », (*Presse Médicale*, 38, 1662-1663, 6 déc. 1930).

- BÉNÉDICT STENART et CUTNER. — « Le rôle de la bile dans l'occlusion intestinale haute », (*Surg. Gyn. et Obst.*, LIV, n° 4, avril 1932).
- BLACKBURN (J.H.). — « Clinical and surgical aspects of acute intestinal obstruction », (*Kentucky, M.J.*, 30, 242-249, mai 1932).
- BOTTIN (J.). — « Essai d'une critique de l'obstruction intestinale », (*Rev. de Chir.*, an LI, n° 1, janv. 1932, p. 5).
- BLAXLAND (A.J.). — « Jejunostomy in treatment of acute spreading peritonitis », (*British Med. Journ.* London, 1925, I, p. 1037).
- BOWEN (W.W.). — « Enterostomy as life saving measure », (*Iowa Med. Soc.*, 22, 216-219, may, 1932).
- BARSILLAN (M.). — « Occlusion intestinale par brides sous iléales », (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, n° 9, 16 mars 1929, p. 395).
- BEC. — « Peut-on améliorer le pronostic de l'occlusion intestinale ? » (*Arch. Méd. Chir. de Provence*, n° 11, nov. 1927).
- BEC (F.). — « A propos de l'occlusion intestinale », (*Cahiers de Pratique Médico-Chirur.*, n° 1, 15 janv. 1929, p. 22).
- BELLEVILLE. — « Sur la vitalité de l'intestin dans l'occlusion intestinale », (*Annals of Surgery*, n° 5, mai 1925).
- BINET. — « Remarques biologiques sur le mécanisme et le traitement de l'occlusion intestinale », (*Soc. Nat. de Chir.*, 12 mars 1930).
- BOTREAU-ROUSSEL. — « Ulcérations de l'intestin grêle dans l'occlusion intestinale », (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 12 mars 1930).

- BROCKMAN. — « Toxemia of acute intestinal obstruction », (*The Lancet*, august, 13, 1927).
- BURGESS (A.H.). — « Acute Intestinal obstruction », (*The Lancet*, avril 1927, 1929, p. 857).
- BINET (L.). — *L'occlusion intestinale expérimentale*, Paris, 1928).
- BROWN (K.P.)— « The value of enterostomy in acute intestinal obstruction », (*Edimbourg, M.J.*, 1924, XXXI, 663-667).
- BEAUDET. — « Cas d'occlusion au cours de l'appendicite aiguë », *Soc. de Méd. Mil. France.*, Bull. Mens., 52-59, avril-mai, 1928).
- BAYMA (F.). — « Occlusion d'origine appendiculaire », 4 cas. (*Ann. Paulist. de Med. e cir.*, 191-15 janv. 1928).
- BEASLEY (B.T.). — « Fecal fistula, peritonitis, intestinal obstruction and enterostomy », (*J.M.H. Georgia*, 17, p. 546-547, déc. 1928).
- BLESCH (A.L.). — « Jejunostomy, indications, technique », (*J. Oklaoma, M.A.*, 22, p. 1. 7-161 mai, 1929)
- BRILL (S.). — « Mortality, analysis of 124 cases operated upon at Hospital of University of Pensylvania », (*Ann. Surg.*, LXXXIX, p. 545-548, avr. 1929).
- BLANCHETTIÈRE (A.) et BINET (L.). — « Nature des produits toxiques », (*Compte rendu Soc. de Biol.*, 101, 14-17 mai 1929).
- BANET Y PINA (V.). — « Technique opératoire de l'occlusion », (*Rev. de Med. y cir. de la Habana*, XXXV, p. 676-682, 30 nov. 1930).
- BOTTIN (J.). — « Pancréatite dans l'occlusion ; étude expérimentale », (*Rev. Bel. Soc. Méd.*, IV, p. 1-75, janv. 1932).

- BEST (R.R.) NEWTON (L.A.) et MEIDINGER (R.). — « Absorption in obstruction intestinal », (*Arch. Surg.*, XXVII 1081-1086, déc. 1933).
- BOTTIN (J.). — « Remarques sur l'occlusion intestinale expérimentale », (*Liège Méd.*, XXVII, p. 33-35, 7 janv. 1934).
- « Etude expérimentale », *Ann. soc. méd. chir. de Liège*, n° 2, p. 183-193, 1934.
- BRAYE. — « sur la formation du liquide toxique trouvé dans les anses duodéno-jéjunales isolées », (*Bull. of Johns Hopkins Hospital.*, Baltimore, vol. XXXIX, n° 3, sept. 1926).
- BRASCH. — « Sur les contractions intestinales de l'occlusion », (*Medizinische klinik, Berlin*, 15 octobre 1924).
- BLANCHET. — *Agglutination chronique des anses grêles dans les sacs herniaires*, thèse de Paris, 1923.
- BONNIOT ET COTTE. — « De l'action de l'anesthésie rachidienne au cours de l'occlusion intestinale », (*Soc. de chir. de Lyon*, 8 nov. 1923, *Lyon Chir.*, XXI, n° 1, janv.-févr., 1934).
- BRAUN. — « L'occlusion intestinale : son traitement chirurgical, » (*Klinische Wochenschrift*, 16 avr. 1925).
- BAKER (H.L.). — (Chicago). — « La réparation des fistules intestinales », (*Annals of Surgery*, vol. XCV, n° 5, mai 1932, p. 687-699).
- BOTTIN (J.). — « Influence des injections intra-veineuses de citrate de soude à 20 % sur les accidents d'obstruction intestinale post-opératoires, » (*Presse Méd.*, XLII, n° 5, 17 janv. 1934, p. 87-89).
- CORNELL (N.W.). — « L'occlusion intestinale aiguë à l'hôpital de New-York, d'après 135 cas », (*Ann. of Surg.*, XCV, n° 6, juin 1932).

- CLUTE. — « Enterostomy in peritonitis », (*Surg. Clin. of North America*, n° 1, feb. 1928, p. 129).
- CHATON. — « Quelle conduite à tenir en présence d'un syndrome d'occlusion intestinale » ? (*Rev. Méd. de la Franche-Comté*, mai 1928, p. 129).
- CHENUT. — « Occlusion mécanique du jéjuno-iléon. Expérimentation ». (*Gaz. Hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, An. XLVII, n° 22, 30 mai 1926).
- CHOSSON (Jean). — « L'entéro-anastomose dans le traitement des occlusions aiguës et subaiguës du grêle », thèse Montpellier, 1927).
- « L'évacuation préalable de l'intestin dans les occlusions aiguës du grêle », (*Soc. méd. prat.*, 15 juin 1928).
- « L'entéro-anastomose dans les traitements des occlusions aiguës et suraiguës du grêle », (*U.M F.I.A.*, n° 37, mai 1929, p. 343).
- COOPER. — « La cause de la mort dans l'obstruction haute », (*Arch. of Surgery*, vol. XVII, n° 6, décem. 1928, p. 918-968).
- PALIOS (Constantin). — *Occlusion intestinale et appendicite*, Paris, Maloine, 1932.
- COULOIS (Edmond). — *De l'entérostomie évacuatrice au cours de la laparotomie pour occlusion intestinale. Indications et techniques opératoires*, Thèse, de Lyon, 1921).
- COOPER (R.P.). — « An operation for intestinal obstruction », (*Clin. J. London*, 1924, LIII, p. 412-415).
- CIGNOZZI (O.). — « L'enterostomia n'ell'ilio paralitoco post-operatorio e post contusivo », (*Policlin.*, Roma, XXXI, serz. clin. 629-636).

- CHAVANNAZ (J.) et MAQUANT. — « Occlusion intestinale tardive post-appendiculaire » (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1926, LVI, (586).
- CLUTE (H.M.). — « Enterostomy », (*New England J. Med.*, 198, 908-912, 14 juin 1928).
- « Enterostomy » (*Tr. New. England Soc.*, X, 247-258, 1928).
- COPE (Z.). — « Shock in acute obstruction of small intestine », (*Brit. M.J.*, II, p. 546-548, 17 sept., 1932).
- CODINGTON (H.A.). — « Diagnostic and treatment of acute intestinal obstruction », (*South Med. and Surg.*, XCXIII, p. 877-879, déc. 1931).
- CORTESI. — « Recherches sur le taux des chlorures dans l'occlusion intestinale expérimentale », (Nov. 1932, p. 1250, *La Clinica chirurgica*).
- COLP. — « Enterostomy for obstruction », *Annals of surgery*, XCVII, p. 1063, n° 6, déc. 1933).
- CULMONE (C.). — « Appendicite et occlusion intestinale; étude clinique », (*Policlini. co.* XL, 447-461, août 1933).
- CARIELLO. — « La lipémie dans l'occlusion intestinale » (*Annali italiani di chirurgia*, XIII, p. 162, n° 2, 28 févr. 1934).
- CHRISTOPHERS AND JEANNINGS. — « Mortalité opératoire dans l'occlusion intestinale », (*Annals of surgery*, XCIX, n° 2, feb. 1934, p. 332).
- COUSERGUE. — *Contribution à l'étude du NaCl en injections concentrées dans les occlusions intestinales aiguës*, thèse, Lyon, 1929).
- DELREZ (L.). — « Rôle de la pancréatite dans l'occlusion » (*Bruxelles Médical*, XIII, p. 464-466, fév. 26, 1933).

- BUTLER D'ORMOND (De). — « L'occlusion intestinale aiguë. L'entérostomie de sécurité », (*Gaz. des Hop. de Paris*, XCIX, n° 67, 21 août 1926).
- DELORE MALLET-GUY et CRESSEL. — « Entérostomie complémentaire de la cure radicale des occlusions aiguës », (*Presse Méd.* Paris, 1^{er} sept. 1925).
- DENIS. — *Le syndrome humoral de l'occlusion intestinale : les bases de la thérapeutique salée*, thèse, Lyon, 1929.
- DENIS (R.). — « L'occlusion intestinale », (*Presse Méd. de Paris*, 8 févr., 1930, p. 203).
- DUVAL CHENUT. — « La rachi-anesthésie dans le traitement des occlusions intestinales aiguës ; résultats, indications » (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 9 fév. 1927).
- DRAGSTEDT (C.A.). — « Experimental studies of occlusion », (*Northwest Med.* XXVII, p. 409-412, sept. 1928).
- McK DOWNS (W.E. AND T.). — « The treatement of acute mecanical obstruction by high temporary jejunostomy », (*Ann. Surg. Phila*, 1924, LXXX, 45-50).
- DESJACQUES. — « Occlusion intestinale aiguë par l'appendice enflammé », (*Soc. de Chir. de Lyon*, 24 janv. 1925).
- DURANTE (L.). — « Iléus paralytique ; complication de l'appendicite aiguë, son traitement par l'entérostomie », (*Arch. Itali. di chir.* XXII, p. 254-268, 1928).
- DUNCOMBE (C.). — « Occlusion intestinale aiguë à la suite d'appendicite traitée par entéro-anastomose », (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, LIX, 1047-1048).

- DAWIES (A.B.). — « Occlusion post-opératoire », (*Bull. M.J.I.*, 14-15, 7 janv. 1933).
- DEW. ANDRUXS (W.) AND GUEST (G.M.). — « Rôle possible du facteur toxique dans l'occlusion intestinale », (*Ann. Surg.*, XCXIX, 374-377, feb. 1934).
- DELREZ (J.). — « L'obstruction aiguë de l'intestin », (*J. Belg. de gastro-entérologie*, II, n° 5, mai 1934, p. 332-337).
- DUCHET-SUCHAUX. — « Deux cas d'occlusion intestinale post-appendiculaire », (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 16 déc. 1933, LIX, p. 1475-1476).
- BARTHOLOME CALCAGNO (N.). — « Le traitement de l'occlusion intestinale aiguë », (*Journ. de Chir.*, XXII, 1923, p. 313-322).
- DUDLEY (G.C.). — « L'iléus paralytique comme complication de l'appendicite aiguë », *Annals of surgery*, LXXXIV, n° 5, nov. 1926, p. 729-734).
- ELLIS. — « Occlusion intestinale aiguë », (*New Med AND Surg. Journ.*, avril 1935).
- EKLUND (T.). — « Analyse de cas d'occlusion aiguë », (*Furska-Läsk. — Salesk Handel*, LXIX, p. 24-42, janv. 1927).
- ELMANN. — « Le traitement de l'occlusion intestinale tardive; nouvelles études expérimentales et cliniques », (*Surg. Gyn. et Obst.*, 3 mars 1933, p. 175).
- ELLIS (J.W.). — « La cause de la mort dans l'occlusion intestinale haute », (*Annals of Surgery*, 1922, LXXV, p. 429).
- ELIOT (Ellsworth). — « Closure of artificial aus of eight years duration with some remarks on the

- question of intestinal anastomosis », (*Ann. of Surg.*, 1924, p. 478).
- FIDEL (Fernandez). — « Occlusion intestinale », (*Gazeta Medica Espagnola*, juin 1928, p. 392).
- FIOLLE (J.) et HAYEM (L.). — « Occlusion intestinale par adhérence du grêle au moignon appendiculaire non enfoui », (*Journ. de Chir.*, n° 6, déc. 1928, p. 715); *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, n° 20, 16 juin 1928, LIV, p. 813.
- FLOERSHEIM (S.). — « Acute intestinale obstruction », (*California and Western Medicine San Francisco*, nov. 1926, p. 639).
- FORSTER (W.C. M.D.). — « Acute intestinale obstruction. The correlation of recent experimental studies and clinical applications », (*The Journ. of Amer. Med. Assoc.*, n° 20, nov. 17, 1928, p. 1521).
- FREY (Von F.). — « Ileus and septic intestinal toxins », (*Ztschr. f. diges. exper. med.* LXXXII, p. 278-322, 1932).
- FEREY (Daniel). — « La fermeture précoce et intrapéritonéale des anus contre nature portant sur l'intestin grêle. Huit observations. huit guérisons », (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, LX, n° 30, 24 nov. 1934, p. 1202-1209).
- FOUCAULT (P.). — *Occlusion intestinale et coudures iléales*, Thèse, Paris, 1924.
- FOUGERAT. — *L'iléus mécanique après appendicectomie*, thèse, Bordeaux, 1925.
- FECHER (K.). — « Le traitement des fistules intestinales au moyen de tampons huilés », (*Medizinische klinik*, XXI, n° 24, 12 juin 1925, p. 90).

- FLINT (E.R.). — « Occl. Int. aiguë, une série de 282 cas, (*The British Medical Journal*, 1921, n° 3, 151, p. 72, 9 juillet).
- GATELLIER (J.) et PORCHER (P.). — « A propos des occlusions post-opératoires dans les appendicites aiguës », (*Arch. des Mal. de l'appareil digestif*, XX, 1108-1113, nov. 1930).
- GHIRON (V.) et SCANDURA (S.). — « L'azione della nicotina nell'ileo paralitico », (*Arch. ed. Atti d. Soc. Itali. di Chir.*, XXXVI, 815-817, 1930).
- GOSSET (A.) et PETIT-DUTAILLIS (D.). — « La rechloruration dans l'occlusion intestinale », (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie*, LVI, 1929, 1296, nov. 1929, 1930).
- GUIBAL (P.). — « L'occlusion intestinale d'origine appendiculaire ; son traitement », (*Presse Médicale*, 4 avril 1931, n° 27).
- GATCH, TRUSLER AND AYERS. — « Occlusion intestinale aiguë ; son mécanisme et signification de l'hypochlorémie et autres modifications chimiques du sang », (*Am. J. of Med. Sc.*, mai 1927).
- GOSSET Binet et PETIT DUTAILLIS. — « Les accidents généraux de l'occlusion intestinale et les moyens de les combattre », (*Journ. de Chir.*, mars 1930, p. 322.)
- GRAHAM BRICE. — « Occlusion intestinale », (*The Lancet*, Londres, 3 janvier 1925).
- GRIFFITHS (W.R.). — « Case of intestinal obstruction », (*Medical Journ. of Australia*, Sydney, 23 oct. 1926, p. 557).
- GAUDIN. — *Contribution à l'étude des occlusions intestinales mécaniques d'origine appendiculaire*, thèse, Paris, 1914.

GROSSO (A.J.). — « Occlusion post-appendiculaire tardive », (*Arch. latino-amer. de pedia.*, XXII, p. 669, oct. 1928).

GODARD (H.) et PALIOS (G.). — « Causes et traitement de l'occlusion dans l'appendicite et après appendicectomie », (*Arch. franco-belges de chir.*, XXXIII, p. 229-242, mars 1932).

GAGE (I.M.) OSCHNER (A.) et CUTTING (R.A.). — « Effet de l'insuline et du glucose dans l'occlusion intestinale », (*Proc. Soc. Exper. Biol. et Med.*, XXIX, p. 264-265, dec. 1931).

GARCIA DE GASTROS. — « Troubles organiques, leurs relations avec les modifications bio-chimiques sanguines au cours de l'occlusion intestinale », (*Los progressos de la clinica*, p. 421, juill. 1933).

MAC GLANAN. — « Quelques indications de l'entérostomie », (*Annals of surgery*, p. 897, n° 5).

— « Etude clinique de 181 cas d'obstruction intestinale » (*Journ. Amer. Med. Ass.*, LX, n° 10, 8 mars 1913, p. 732).

GLATZEL. — « Le métabolisme basal dans l'occlusion intestinale », (*Polska Gazeta*, XII, p. 865, n° 45, 5 nov. 1933).

GEARY (T.C.). — « Facteurs de mortalité dans l'occlusion intestinale », (*Halman, Monthly*, LXVIII, p. 497-502, juil. 1933).

GATCH (W.D.) TRUSLER (H.M.) ET LYONS (R.F.). — « Toxémie dans l'occlusion aiguë. Toxicité du contenu intestinal en rapport avec les sécrétions duodéno-pancréatiques », (*Arch. Surg.*, XXVIII, p. 1102-1120, juin 1934).

GUILLAUME (A.C.). — *Les occlusions aiguës et sub-aiguës de l'intestin*, 1 vol. Masson, 1922.

- GRAHAM BRICE. — « Occlusion Intestinale », (*The Lancet*, Londres, 3 janv. 1925).
- GATCH (W.D.), TRUSLER (H.M.) et AYRES (K.D.). — « Les causes de la mort dans l'obstruction intestinale aiguë », (*Surg. gyn. and obstr.*, XLVI, n° 3, mars 1928, p. 332-337).
- HUET (Pierre). — « A propos des occlusions post-opératoires de l'appendicite aiguë, » (*Bull. et Mém. de la Soc. nat. de chir.*, LIV, n° 34, 23 déc. 1933, 1503-1506).
- HENDON. — « Technique simple d'entérostomie », (*Annals of surg. of Philadelphia*, XCVI, n° 1, juill. 1931).
- HUEBENER. — « Sekundäre enterostomie bei peritonitis und ileus », (*Beitrage zur klin. chir.*, CXXXIV n° 1, 1925, p. 93).
- HADEN ET ORR. — « The treatement of the toxemia of intestinal obstruction », (*Kansas city clin. soc. quart. bull.*, 1924-1925, p. 14).
- « Obstruction expérimentale du jéjunum », (*Journ. of Expe. Med.* juin, 1925, p. 757).
- HEGGE (E.). — « Deux cas d'occlusion intestinale avec nécrose pancréatique », (*Norsk Magazin for Laegevidenskaben*, LC, n° 4, avr. 1929, p. 398-410).
- HOLDEN. — « Traitement chirurgical de l'occlusion intestinale aiguë », (*Surg. Gyn. et Obst. L.*, n° 1, janv. 1930, p. 184).
- « Occlusion intestinale. Aperçu sur 135 cas personnels », (*Arch. surg. Chicago*, XIII, n° 6, déc. 1925).
- HOSEMANN (G.). — « Enterostomie comme traitement de l'iléus dans les péritonites suppurées », (*Deutsch. Ztsche f. chir.*, CCXXXII, p. 345-363, 1931).

HABERLAND (H.F.O.). — « *Traitement de l'occlusion post-opératoire* », (*Chirurg.*, II, p. 409-412, 1^{er} mai 1930).

HIGASHI (S.). — « Rapports de l'occlusion intestinale aiguë avec la glycémie et l'iode du sérum. — Effet de l'hépatectomie, totale et partielle », (*Mitt. a. d. med. Akad. Su Kioto*, VIII, p. 746-748, 1933).

— « Rapports de l'occlusion intestinale avec la glycémie et l'iode du sérum, exclusion de la bile et du suc pancréatique », (*d^o*, VIII, 1928-1929, 1933).

— « Rapports de l'occlusion intestinale aiguë et de l'iode du sérum et de la glycémie sanguine ; stimulation et arrêt du système réticulo-endothélial : perte du contrôle du système nerveux végétatif et diminution de la fonction surrénale », (*d^o*, VIII, 1029-1031, 1933).

— « Rapports de l'occlusion intestinale aiguë avec la glycémie et l'iode du sérum ; rôle du contenu de l'anse occluse et de celui des anses sus et sous jacentes à l'obstacle », (*d^o*, VIII, 1036-1037, 1933).

HUBENER. — « Entérostomie secondaire au cours de la péritonite de l'occlusion » (*Brün's Beitrage zur klin. chir.*, t. CXXXIV, fasc. 1, p. 93-103).

HANDLEY (Pampson). — « Importance du diagnostic et de l'intervention précoce dans l'occlusion aiguë », (*The British Med. Journ.*, Londres, n^o 3, p. 387, 28 nov. 1925).

HILLIER (L.) BAKER. — « The repair of intestinal fistulae ». (*Annals of Surgery*, 1932).

HARADA (A.). — « Etudes statistiques sur l'occlusion intestinale de causes mécaniques », (*Firkuska I Kewadaignkn Zasshi*, XIX, n^o 2, p. 687 fév. 1926, p. 5).

JOUBERT. — *Les occlusions mécaniques et leur traitement*, thèse, Paris, 10 juillet 1926).

- JANIK. — « Revue des derniers travaux sur l'occlusion intestinale aiguë », (*Polisk. Przegl. Chir.*, V, fasc., 2, avr.-mai, 1926).
- JOCHIN (S.J.). — « Early jejunostomy in paralytic ileus », (*J.M. Soc. New Jersey*, XXIV, p. 465-468, août 1927).
- JENKINS (H.P.). — « Experimental ileus, high obstruction with biliary, pancreatic and duodenal secretions along with food and sodium chloride entering bowel below obstructed point. (*Arch. Surg.*, XXV, p. 849-862, nov. 1932).
- JENNENEY. — « L'épreuve de l'ésérine dans l'occlusion intestinale », *Gaz. Hebd. des Soc. Méd. de Bordeaux*, p. 817, 25 déc. 1933).
- JOHNSTONE (P.N.) CLASEN (A.C.) AND ORR (T.G.). — « Role of external secretion of pancreas in experimental high obstruction », (*Surg. Gyn. and Obst.*, LVII, p. 483-486, oct. 1933).
- INGEBRIGSTEIN (de Christiana). — « De l'entéro-anastomose dans le traitement de l'occlusion intestinale aiguë, (*Rapp. de Okinczyc à la Soc. de Chir. de Paris*, 27 oct. 1920).
- KOSLIN (I.). — « L'occlusion intestinale aiguë d'après 185 cas traités à l'hôpital Lebanon à New-York », (*Annals of Surgery*, XCV, n° 6, juin 1932).
- KARBSKI (F.). — « Wert der enterostomie als Hilfsseingriff bei operativer Behandlung von ileus and peritonitis », (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1920, LVII, p. 533-537).
- KROGIUS (A.). — « Enterostomie als eine lebensrettende Hilfsoperation bei Peritonitiden », (*Deutsche Zeitschrift, für chirurgie*, Leipzig, 1911, p. 626-558).

- KNOX (R.W.). — « Early ileostomies as prevention and relief of toxic ileus following peritonitis » (*Texas-State J. Med.*, 1923, p. 323-325, sept. 1927).
- « L'intervention chirurgicale dans certaines formes d'occlusion intestinale », (*New Orléans Med. and Surg. Journ.* vol. LXXIX, 3 sept. 1926).
- KANTOR. — « Sur la technique de la résection des fistules temporaires de l'intestin grêle (*Zentralblatt für chimizie LV*, n° 44, 3 nov. 1928, p. 2761-2.762).
- LONG (J.W.). — « The value of entero-colostomy, combined with enterostomy in acute peritonitis », (*Surg. Gyn. and Obst. Chicago*, 1926, XLIII, p. 61-65).
- LANDAU. — « Occlusion intestinale basse avec hypochlorémie, azotémie et acidose », (*Strasbourg Médical*, n° 9, 24 mars 1930).
- LEGRAND (Henry). — « Suture nouvelle dite anse nouée », (*Bull. et Mém. de la Soc.t. de Nachir.*, n° 13, 2 oct. 1928, p. 376).
- LEGRAND ET PIET. — « Curieux processus de défense au cours d'une tentative d'occlusion expérimentale chez le chien (avec présentation de pièce) », (*Journ. d. Sciences Médicales de Lille*, 6 juillet 1930).
- LUGONES (C.). — « Occlusion intestinale (Ileo) », (*Revista del circulo medico Argentino y Centro Estudiantes de Medecina*, I, an. XXVI, déc. 1926, n° 304).
- LOC (A.D.). — « Closure of post-operative enterostomies », (*Northwest Med. Seattle*, 1925, XVII, p. 8-20).
- LAMY. — *Occlusion intestinale mécanique d'origine appendiculaire*, thèse, Paris, 1908.

- LARDENNOIS. — *Communication au congrès international de Zurich, 1932.*
- LASTRA (J.S.). — « Occlusion post-opératoire et fistulisation temporaire du grêle », (*Ann. de Cir.*, I, p. 67-75, oct. 1929).
- LAUTRE (M.A.). — « Enterostomy in acute obstruction », (*South African M.J.*, VII, p. 326-329, mai 27, 1933).
- LECENE (P.) et LERICHE (R.). — *Thérapeutique chirurgicale*, III, p. 168-193.
- LEMPERG. — « Sur l'entérostomie », (*Arch. fur. Klin.* Berlin, 23 sept. 1924).
- LÉO. — « Drainage gastrique temporaire par gastrotomie dans la péritonite généralisée et dans l'occlusion intestinale aiguë », (*Comm. au XXXIV*, Congrès français de chir. Paris, 5-10 oct. 1925).
- LEJARS. — *Chirurgie d'urgence.*
- LAEWEN (Marbourg). — (Sur l'opération de l'iléus, (*Zentrablatt für chirurgie*, LIV, n° 17, 23 avril, 1927 p. 1037-1045).
- MORTON ET PEARSE. — « Similitude des effets expérimentaux de l'occlusion intestinale haute et de la fistule intestinale haute » (*Ann. of Surgery* Philadelphia, XCIV, n° 2, août 1931).
- MENDONCA. — « Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale aiguë » (*Surg. Gyn. et Obstr.*, p. 1115, n° 6, juin 1931).
- MILLER (G.). — « Deshydration in intestinal obstruction », (*Edimbourg M.J.*, XXXVIII, p. 47-53, janv. 1931).
- MACRAE (D. Jr.). — « Indication for intestinal drainage enterostomy and colostomy; thecnique

of operation, report 134 cases» (*Nebraska M.J.*, XVII, p. 161-164, april 1932).

MELCHIOR (E.). — « Sekundäre enterostomie nach peritonitis und ileus operationen (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1920, LVII, p. 56-58).

FIDEL FERNANDEZ MARTINEZ. — « Occlusion intestinale », (*Gaz. Med. Espanola*, n° 6, marzo 1928, p. 251).

MILLER (Jeff. G.). — « Une étude de 343 cas chirurgicaux d'obstruction intestinale », (*Annals of Surgery*, LXXXIX, n° 1, janv. 1929, p. 31-107).

MIRAILLE (Charles). — « A propos du traitement chirurgical des occlusions aiguës de l'intestin chez l'adulte », (*Soc. Med. Prat.* n° 13, 15 nov. 1928 p. 458).

MIOUROUD. — « L'entéro-anastomose dans les occlusions aiguës », (*Rev. Méd. de France et des colonies*, Marseille, 4^e année, avril 1927, p. 257).

MAC KINNON (A.I.). — « Jejunostomy primary and complemented in intestinal obstruction », (*J.A.M.A.* XC, p. 257-258, 28 janv. 1928).

MIRIZZI (P.L.). — « Occlusion secondaire à l'appendicectomie, 2 cas », (*Bol y trab. de la soc. de cir. de Buenos-Ayres*, p. 425, 8 août 1928, p. 459, 29 août 1928).

MARTEL (Thierry de). — « Occlusion post-appendiculaire », (*Mém. et Bull. de la Soc. Nat. de Chir.*, LIV, p. 898-900, 30 juin 1928).

MATHEWS (A.A.). — « Appendicitis, causing partial obstruction », (*S. Cin. North America*, VII, p. 1253-1254 oct, 1927).

MOIROUD (Pierre). — *Traitement médico-chirurgical de l'occlusion intestinale aiguë et subaiguë*, Paris, 1931.

MORTON. — « Le traitement de l'occlusion », (*Annals of surgery*, juin 1932, p. 856).

MATHAIS. — « Recherches sur la résorption gastrique dans l'iléus », (*Arch. für klinische chirurgie*, juillet 1933, p. 458).

MIURA (Y.). — « Formation des substances toxiques dans l'iléus ; étude expérimentale », *Chosen M.A. (Alest. sect.)*, p. 23-64, 20 juin 1933).

— « Function of suprarenals in high occlusion », (*J. Chosen M.A.*, 20 juin 1933).

— « Pathogenesis of ileus ; place of formation of toxin in high obstruction », (*Kiergax. J. Med.* III, p. 283-332, 30 juin 1932).

— « Resorption during ileus », *Chosen J. M. A., (Abst. Sect.)*, p. 22-76, 20 déc. 1932.

MIANI (A.) et PAGLIANI (F.). — « Action de l'insuline sur la glycémie dans l'occlusion intestinale expérimentale », (*Bull. de Sc. Méd. Bologna*, CV, p. 316-325, juillet-août 1933).

MIANI (A.) et PAGLIANI (F.). — « Action de l'adrénaline sur la glycémie de l'occlusion expérimentale », (*Pathologica*, XXV, p. 738-740, 15 oct. 1933).

MOULONGUET et DECARIE. — « Conduite à tenir en présence d'une occlusion intestinale aiguë », *L'Union Médicale du Canada*, n° 2, LXIII, p. 157, févr. 1934.

MOCQUOT (Pierre). — « Deux crises successives d'occlusion intestinale aiguë chez la même malade, guéries par l'entérostomie sur le grêle », *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, n° 2, LXI, 26 janv. 1935, p. 64-66).

MOCQUOT (P.) et PADOVANI (P.). — « Technique et indications de l'entérostomie sur le grêle dans

le traitement de l'occlusion intestinale », (*Journ. de Chir.*, XLIV, n° 1, juill. 1934, p. 12-25).

MARGERUCCI. — « Traitement de l'occlusion intestinale », (XVIII^e Congrès de la Soc. Italienne de Chirurgie).

MORENO (Ruig). — « Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale aiguë », (*La Semana Medica* (Buenos Ayres, XXXIII^e, n° 27, 28-29-30; 8, 15, 22, 29 juill. 1926.)

MILLER. — *Annals of surgery*, LXXXIX, 1929, p. 91.

MUZENIECK (P.). — « Contribution à l'étude de l'iléus d'après les observations recueillies à la clinique de Riga », (*Deutsche Zeitschrift für chir.*, C.C. II, n° 5, 6 juin 1927, p. 325-360).

MICHON (L.). — « Prolapsus du grêle étranglé dans un orifice d'iléostomie ; résection intestinale (Comm. à la Soc. de chir. de Lyon, séance du 12 mars 1925, rapport Santy, *Lyon chirurgical*, XXII, n° 4, juill.-août 1925, p. 568).

EHR KORN (A.). — « Diagnostic et traitement de l'iléus », (*Fortschr. de Therap.*, VIII, 10 sept. 1932, p. 521-527).

NESBIT (H.T.). — « Toxémie de l'occlusion intestinale haute ; nature et traitement », (*Jour. Pediat.* I, oct. 1932, p. 447-452).

NÉLATON. — « Discussion à la Soc. Nat. de Chir. de Paris » 1897.

OCHSNER. — « Occlusion intestinale aiguë », (*Surgery Gyn. et Obs.*, obs. III, n° 3 mars 1931, p. 702).

OCHSNER (A.). — « Acute intestinal obstruction », (*South M.J.*, XXIV, feb. 1931, p. 93-97 ; *Surgery Gyn. et Obs.*, LII, march 1931, p. 702-712).

OKINCZYC. — « L'occlusion intestinale aiguë », (*Concours médical*, 1925, p. 1821).

ORR (T.G.) et HADDEN (R.). — « Practical points in the treatement of intestinal obstruction », (*J. Kansas, M. soc. topika*, XXV, 1925, p. 357-359).

ORR (T.G.). — « Indications for enterostomy », (*Journal of american medecine association*, CI, 21 oct. 1933, p. 1300-1302).

PETREN (G.). — « Ileostomy for mecanical obstruction following appendicectomy », (*Acta Chi Scandinav.*, LXXII, p. 345-391, 1932).

PRETO (E.). — « L'enterostomia nella cura delle peritoniti », (*Arch. ed. Act. d. Soc. Ital. di chir* XXXIX, p. 686-688, 1933).

PRINGLE (E.). — « Je junostomy in acute general peritonitis », (*Irish Journal of Med. Scien.* Dublin, 1925, p. 259-264).

PAUCHET. — « De l'utilité fréquente de la fistule stercorale temporaire dans le traitement de l'occlusion intestinale », (*Paris Chir.*, janv. 1925).

— « Traitement de l'occlusion intestinale », (*Journ. de Méd. de Paris*, 12 avril 1925).

— « Traitement de l'occlu. », (*Revista di chirurgia*, N° 3, juin 1925).

— « Occlusion intestinale aiguë » (*Gaz. Méd. de France*, 15 juin 1928).

PLATON (Charles). — « L'occlusion intestinale », (*Revue de vulgarisation des Sciences Médicales*, août 1930).

PRIMA. — « Sur la question de la mortalité dans l'occlusion intestinale », (*Zentralbl. f. chir.*, LIII, n° 5, 31 janv. 1925).

- PÉTIT (J.). — « Cas d'occlusion au cours de l'appendicite aiguë », (*Bull. et Mém. de la Soc. nat. de Chir.*, LIII, p. 1053-1555, 22 oct. 1927).
- PALMA (R.). — « Occlusion intestinale expérimentale et lésions pancréatiques », (*Annals ital. di chir.*, V, p. 1073-1090, 26 nov. 1930).
- PRAT (D.). — « Occlusion par appendicite », (*Rev. sud-ame. de méd. et de chir.*, 1^{er} oct. 1930, p. 1035-1064).
- PHIFER (F.W.) et RAC (H.B.). — « Ileus paralytic post-opératoire », (*Colorado Med.*, XXX, may 1933, p. 200-204).
- POTTER (P.C.). — « L'iléus paralytique post-opératoire dans la mortalité de l'appendicite aiguë » (*Ann. Surg.* XCIX, juin 1934, p. 985-988).
- PEARSE. — « Obstruction intestinale chronique expérimentale étudiée dans l'anse obturée » (*Surgery gynecology et obstetrics*, nov. 1934, p. 726).
- PORTER. — « L'entérostomie comme moyen thérapeutique et diagnostique », (*Annals of Surgery Philadelphia*, n° 4, oct. 1924).
- PATERSON (Brown). — « La valeur de l'entérostomie dans l'occlusion aiguë », (*Edimburg Med. Journ.*, déc. 1924).
- PERTHES. — « Traitement de l'occlusion intestinale aiguë d'origine mécanique », (XLIX^e Congrès de la Soc. allem. de chir., Berlin, 15-18 avr. 1925, *Arch. für klin. chir.*, CXXXVIII, 20 oct. 1925).
- PERLEMANN. — « Contribution clinique à la pathologie et au traitement chirurgical de l'occ. intest. », (*Arch. f. klin. chir.*, Berlin, CXXXVII, fasc. 2, 25 nov. 1925).

- RUSSEL ET SWORN. — « Anesthésie rachidienne dans l'occlusion intestinale aiguë », (*The British medical journal*, 14 mai 1932, p. 882).
- RATHERY. — « La teneur du sang en sucre (libre et protéidique) au cours de l'occlusion intestinale », (*Soc. de biolog.*, séance du 28 juill. 1928).
- RIBADENEIRA (Alejandrino J.). — « La occlusion intestinal » (*Bol. del hospital civil de San Juan de Dios*, 1^{er} août-octobre 1926, n° 7-8-9).
- RUSSEL L. HADEN. — « Chemical factors in the toxemia of intestinal obstruction », (*The Journ. of the amer. Med. Ass.*, n° 20, nov. 17, 1928, p. 1529).
- ROGER (C.H.). — « L'occlusion intestinale expérimentale », (*Press. Méd. Paris*, 1924, XXXII, p. 901-905).
- RAVDIN (I.S.). — « Anatomical exposure for jejunostomy » (*Surg. gyn. et obst.*, Chicago, XL 1925, p. 426).
- ROST. — « Données modernes de physio-pathologie de l'iléus ; applications au traitement », (*Chir.*, p. 692-699, 1^{er} août 1930).
- ROBERTS. — « Occlusion intestinale basse expérimentale », (p. 150, juill. 1930, *Archives of international medicine*).
- RONZINI. — « Anesthésie dans l'occlusion intestinale », (*La clinica chirurgica*, juill. 1932, p. 961).
- ROBSON. — « « L'anesthésie dans l'occlusion intestinale », (*The Lancet*, 31 déc. 1932, p. 1432).
- RAVENS. — « Traitement chirurgical de l'occlusion intestinale mécanique », (*Deutsche zeitschrift für chirurgie*, CCXLI, n° 11-15 nov. 1933, p. 668).
- RENON (G.) et LAFFITTE (H.). — « Vingt six observations d'occlusion d'origine appendiculaire »,

(*Bull. et Mém. de la Soc. nat. de chir.*, LX, n° 6, 24 févr. 1934, p. 333-336).

ROUHIER. — « Deux observations de fistules du grêle ayant persisté dix mois et demi et douze mois sans cachectisation et guéries au bout de ce temps par des interventions appropriées », (*Bull. et Mém. de la Soc. nat. de Chir.*, LX, n° 32, 8 déc. 1934, p. 1247-1251).

SUSANI (O.). — « Occlusion comme séquelle d'appendicite chez l'enfant », (*Arch. für klinis. chir.*, CLX, 1930, p. 482-485).

SOLA (J.), SURIS et LUCH CANALPS (J.C.). — « Occlusion par appendicite; traitement chirurgical », (*Rev. de cir. de Barcelone*, IV, juill.-août 1932, p. 40-47).

SCHELLEY (H.J.). — « Enterostomy : consideration of litterature », (*Arch. Surg.*, XXV, p. 943, nov. 1932).

SCOTT (H.G.) et WAGENSTEEN (O.H.). — « Effet of intraveinous injections of peritoneal fluids recovered from dogs dying of experimental strangulations », (*Proc. soc. exper. biol. et med.*, XXIX, feb. 1932, p. 559-561).

SCHWARZ (E.). — « Traitement chirurgical de l'ileus », (*Zentralbl. f. chir.*, LIX, janv. 2, 1932, p. 36-48).

SWUSCEWSKI. — « 121 cas d'occlusion intestinale », (*Arch. f. klinisch. chir.*, CLVIII; n° 1, 29 nov. 1934, p. 101).

SEULEBERGER Brands et ROTH. — « Recherches expérimentales sur l'occlusion haute du grêle, » (*Bruns beitage zur klinischen chirurgie*, juill. 1933, p. 1).

SEKIGUGHI (M.). — « Influence de l'occlusion aiguë sur les fonctions rénales : toxicité du contenu de l'anse occluse », (*Arch. f. Jap. chir.* X, 1^{er} janv. 1933, p. 74-75).

- SEKIGUSCHI (M.). — « Actions de l'occlusion intestinale aiguë sur les fonctions rénales ; études expérimentales sur le siège de l'origine des substances toxiques » (*Arch. f. jap. chir.*, X, 1^{er} mars 1933 p. 340-341).
- SCHIRABE (R.). — « Mechanism of autolysis, experimental study », (*J.A. Choses M.A., Abst. Sect. 23*), p. 57-58, 20 may 1933).
- STOUT (G.). — « Physio-pathologie de l'iléus ; base du traitement », (*Ann. J. Surg.* XIX, feb. 1933, p. 283-291).
- SCHNOR. — « Etudes sur la cause de la mort dans l'obstruction intestinale haute, observation sur les chlorures, l'urée et l'eau », (*Acta chirurgica scandinavica*, XXXIII, 18 juin 1934, p. 1166).
- SMITH et LAURIN. — « L'occlusion intestinale post-opératoire de l'appendicite. Observations cliniques, reflexions », (*L'Union Médicale du Canada*, LXIII. n° 3, mars 1934, p. 225).
- SOUPAULT (M.). — « Sur la communication de M. Rérey les fistules du grêle », (*Bull. et Mém. de la Soc. nat de Chir.*, LX, n° 32, 8 déc. 1934, p. 1251-1253).
- SAW KOW (W.M.). — « Contribution à l'étude clinique et au traitement de l'iléus » (*Arch. f. klin. chir* 30 avr. 1925, t. CXXXV, p. 675-698).
- SUMMERS (S.E.). — « L'entérostomie dans le traitement de l'occlusion intestinale aiguë », (*Surg. Gyn. and obst.*, 1921, XXXII, n° 5, p. 412-414).
- SETON PRINGLE. — « La cause de la mort dans l'occlusion intestinale », (*The Irish journ. of Medicall Science*, 5^e série, n° 15, mai 1923, p. 97-106).
- THRUSTON. — « Le rôle de la toxine du bacille de Xelchili dans la toxémie par occlusion intestinale aiguë », (*Arch. surg. Chicago*, n° 1, janv. 1931, p. 72, XXII).

- TURCO (A.).** — « Experimental treatement of intestinal obstruction by cholecystoduodenedostomy », (*Minnesota Med.*, VII, 30 juin 1927, p. 685-687).
- TUTTLE (H.K.).** — « The mortality of intestinal obstruction ; a study of 105 cases comming to operation or autopsy », (*Boston M. and S.*, 1925, CXCII, p. 791-795).
- TAYLOR (N.B.) WELD (C.B.) HARRISSON (G.K.).** — « Occlusion intestinale expérimentale », (*Canad. M.J.*, XXIX, sept. 1933, p. 227-236).
- TRINCHERA (C.).** — « Failure to seriously affect anatomy or physiology of pancreas ; experimental study (*Policlinico ser. chir.* XLI, juin 1934, p. 319-340).
- TAYLOR (William).** — « Traitement de l'occlusion intestinale aiguë primitive », (*Congrès annuel de la British Med. Ass.* (sect. de chir. 1925.) Compte rendu in the *British Med. Journ.*, Londres W., 3-387, 28 nov. 1925, p. 993).
- TSCHMARKE (G.).** — (Leipzig). — « Remarques sur les indications et la technique de la fermeture d'opérations des fistules de l'intestin grêle », (*Arch. für klinisch. chirurgie*, CLXIX, fas. 4 avr. 1932 p. 754-774).
- URRUTIA (L.).** — « Occlusion et appendicite, 12 cas », (*Arch. de med. y cir. y espec.*, XXVIII, 23 juin 1928 p. 781-786).
- VERGOZ.** — « Occlusion sept ans après appendicectomie, opération, mort », (*Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chir.*, LIII, 17 déc. 1927, p. 1354-1356).
- VONCKEN.** — « Occlusion secondaire à l'appendicectomie à chaud », (*Arch. Med. Belges*, LXXXIX, 18 janv. 1928).

- MAC VICAR (C.S.) et WEIR (J.F.). — « Toxemia of obstruction and ileus clinical deductions regarding its nature and treatment », (*Proc. staff. meet., Mayo-clin.*, III, p. 193-27 juin 1928).
- VONCKEN. — « Occlusion après appendicectomie », *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, LIII, p. 878-885, 25 juin 1927).
- VIANNEY (C.). — « Occlusion secondaire à l'appendicectomie à chaud, 3 cas », (*Bull. et Mém. de la Soc. nat. de Chir.*, LIII, 16 juill. 1927, p. 998-1003).
- VAN BEUREN (F.T.) et SMITH (B. C. et J.). — « Status of enterostomy in treatment of acute ileus statistical inquiry » (*Annals surg.* XV, août 1927, p. 288-297).
- VALENTINI (V.). — « Occlusione intestinale tardiva nell'appendicite », (*Riv. di. Chir. Como*, 192, XXX, p. 1-9).
- VAN BEUREN (F.T.Jr.). — « Mortality of enterostomy in acute ileus, improvement not inferable to time element » (*Tr. South S.A.*, XLI, p. 483, 29 janv. 1928 *Ann. Surg.*, XC sept. 1929, p. 387-393).
- VAUGHAN (J.W.). — « Entero-anastomosis », (*Ann. surg.* XCII, p. 704-709, oct. 1930).
- VANA (A.). — « Appendicite et occlusion intestinale », (*Casop. lek. cesk.*, LXX, 9 janv. 1931, p. 44-49).
- VICK (R.M.). — « Statistics of acute obstruction », (*Brit. M.J.*, II, 17 sept. 1932, p. 546-548).
- VIALLE (P.). — « Traitement des occlusions précoces à la suite d'appendicectomie à chaud », (*Gaz. Méd. de France*, 1^{er} févr. 1934, p. 128-136).
- VIDGOFF (T. Jack M.D.). — « Acute intestinal obstruction an analysis of 266 cases treated in the Los Angeles Conuty general Hospital.

- VAN BEUREN (F.T.). — « Mortalité de l'entérostomie dans l'iléus aigu » (*Annals of Surgery*, XC, n° 3, sept. 1929, p. 387-393).
- WATERWORTH. — « Occlusion intestinale », (*The American J. of Surgery*, XVI, n° 2, mai 1932).
- WHITE (J.C.). — « Observations expérimentales et cliniques du mécanisme de la mort dans l'occlusion intestinale aiguë », (*Gaz. des Hôp.*, p. 101-119, 22 août 1928; p. 12, 25, 29 août 1929).
- WARREN (R.). — « Appendicitis as cause of intestinal obstruction », (*Bristol M. Chir. J.*, 1925, LII, p. 971-975),
- WANGENSTEEN (O.H.). — « Therapeutic considerations in management of acute obstruction thecnic of enterostomy and further account of decompression by employment of succion siphonage by nasal catether », (*Ann. Surg.*, XXVI, p. 933-961, juin 1933).
- WALMELSKI. — « Occlusion et glycémie, étude expérimentale » (*Arch. für klin. chir.*, n° 4, janv. 1934, CLXXVIII, p. 645).
- WESLEY-LONG. — « La valeur de l'entéro-colostomie combinée à l'entérostomie dans la péritonite aiguë », (*Surg. Gyn. and obst. Chicago*, vol. XLIII, n° 1, juillet 1926).
- WITZEL. — « Zur indikation und technick der kolostromie und enterostomie », (*Centralblat f. chir.*, 1894, p. 937-941).
- WILLIAMS (W.). — « Importance de l'intoxication par les anaérobies dans la péritonite aiguë et l'occlusion intestinale aiguë », (*The Lancet*, CCXII II, n° 5, 409; 30 avril 1927, p. 907-912).

WAGENSTEIN et CHUM. — « Etudes sur l'obstruction intestinale; comparaison du contenu de l'intestin à l'état normal et en état d'occlusion », (*Arch. of surgery*, XVI, n° 2, févr. 1928, p. 606-615).

ZHIKAWA. — « Studies on pathology and physiology caused by major, enterectomy, metabolism on enteromized annimal », (*J. Orient. Med. Shimmeicho, S. Mancheria*, XIII, oct. 1930, p. 47).

ZURICH. — *Compte-rendu du Congrès international de Chirurgie de 1933.*

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Historique	12
Indications	14
Les Techniques	24
Suites opératoires	32
Avantages et inconvénients	37
Observations	49
Résultats	82
Conclusions	86
Bibliographie	88

Imprimerie F. BOISSEAU, 34, rue du Taur. — TOULOUSE

